Rok XLVII. Kraków, dnia 5. grudnia 1908. Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

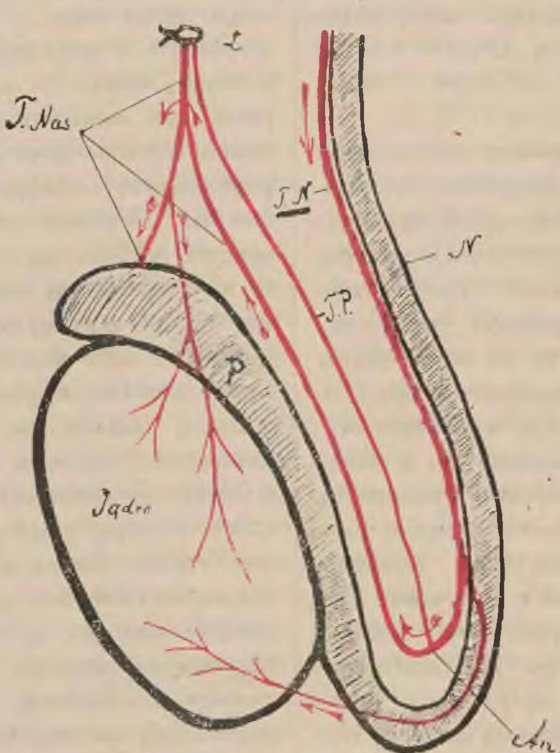
Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.
Dyrektor Prof. Dr. Kader.

Dalsze doświadczenia z wycinaniem naczyń powrózka nasiennego przy doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej.

Podał
Dr Radliński.

Rok temu ogłosiłem w »Roczniku lekarskim« (1907, T. 1, Zesz. III) wyniki moich badań nad unaczynieniem tętniczem powrózka nasiennego i jądra, i zaproponowałem opartą na tych wynikach odmianę doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej, oraz żylaków powrózka nasiennego. Odmiana polega na wycięciu wszystkich naczyń krwionośnych powrózka oprócz t. nasieniowodowej (*a. deferentialis*), która przy wyosobnieniu na tępo nasieniowodu z pomiędzy składników powrózka, zawsze pozostaje w związku z nasieniowodem. Że z zachowaniem pewnych warunków tętnica ta wystarcza do odżywiania jądra, wykazały moje badania anatomiczne, których wyniki w głównych zarysach tu powtórzę.

Jądro i powrózek nasienny otrzymują krew z 3 tętnic, a mianowicie: 1) z t. nasiennej wewnętrznej (*a. sperm. int.*) od tętnicy głównej, 2) z tętnicy powrózka nasiennego (*a. funicularis*) od t. nabrzusznej dolnej (*epigastr. inf.*) i 3) z t. nasieniowodowej (*a. deferentialis*) — od t. pęcherzowej (*a. vesicalis*) (z układu t. podbrzusznej — *a. hypogastrica*). Z tych tętnic bezpośrednio do miąższu jądra i do najądrza idzie tętnica nasienna wewnętrzna, prócz tego ma t. nasieniowodowa gałązki końcowe, rozgałęziające się w dolnym biegunie jądra. T. powrózkowa (*a. funicularis*) bezpośrednio do jądra nie dochodzi, dosięga jednak swemi gałęziami końcowemi do poziomu ogona najądrza. T. nasienna wewnętrzna dzieli się o jakie 2 ctm ponad górnym biegunem jądra na swe główne gałęzie, z których dwie idą do miąższu jądra, a jedna przebiega wzdłuż (gałąź najądrzowa) najądrza i u dolnego jego końca łączy się szeroką gałęzią z t. nasieniowodową. Do tej anastomozy wpada również znaczna końcowa gałąź t. powrózkowej. Pomieniona anastomoza 3 tętnic jest tak duża i stała, że po podwiązaniu t. nasiennej wewnętrznej powyżej jej rozdziału zawsze w całym miąższu jądra znajdowałem masę injekcyjną, wprowadzoną czy to przez t. powrózkową, czy przez t. nasieniowodową. Przebieg tej masy szedł od końca tętnicy nastrzykiwanej przez anastomozę w górę przez gałąź najądrzową t. nasiennej wewnętrznej aż do miejsca podziału i stąd, wskutek przewiązki pnia głównego, znów w dół do gałęzi miąższowych. W ten sposób również dla krwi jest zupełnie zapewniony dostęp do całego miąższu jądra po podwiązaniu t. nasiennej wewnętrznej ponad jej podziałem, (ob. rysunek), mianowicie od tętnicy powrózkowej lub nasieniowodowej drogą wyżej opisaną przez anastomozę, i — dalej gałęzie końcowe t. nasiennej. T. powrózkowa w sprawie nas tu obchodzącej żadnej roli nie odgrywa, gdyż ulega podwiązaniu przy wycinaniu naczyń na równi z tętnicą nasienną wewnętrzną. Natomiast swoistą i ważną jest rola t. nasieniowodowej. Tętnica ta posiada bowiem, poza opisanym stosunkiem do unaczynienia miąższu jądra, jeszcze jedną ważną właściwość, a mianowicie przy wydzielaniu na tępo nasieniowodu z pośród składników powrózka nasiennego, zawsze pozostaje w związku z nasieniowodem, stanowiąc z nim razem, z żyłami i gałązką nerwową ściśle związany »pęczek nasieniowodowy«. — Pęczek nasieniowodowy, jak to widać na przekrojach poprzecznych powrózka nasiennego, stanowi osobną grupę składników powrózka, związaną w jedną, trudno rozdzielną całość przez tkankę łączną, znacznie gęstszą, niż ta, którą składniki sąsiednie są ze sobą związane.



Objaśnienia do rysunku.
P — najądrze.
N — nasieniowód.
T. N — t. nasieniowodowa (*a. deferentialis*).
T. P. — t. powrózkowa (*a. funicularis*).
T. Nas. — t. nasienna wewn. (*a. spermat. inter.*).
An. — anastomoza.
L. — przewiązka.

Korzystając z tych dwóch właściwości tętnicy nasieniowodowej, mianowicie, że zdoła ona zapewnić dopływ krwi do jądra po podwiązaniu t. nasiennej wewnętrznej, o ile to podwiązanie nastąpiło ponad podziałem jej na gałęzie końcowe, a więc nie niżej, jak o 2 ctm — praktycznie: 2 palce poprzeczne — ponad górnym biegunem jądra, i dalej, że przy wyosobnianiu na tępo nasieniowodu z powrózka nasiennego tętnica nasieniowodowa zawsze pozostaje z nim w związku i razem z nasieniowodem może być bardzo łatwo i bez szczególnych poszukiwań zachowana, przychodzimy do ułatwienia operacyi żylaków powrózka nasiennego (*varicocele*) i wymienionej na wstępie odmiany operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej.

Przy operacyi żylaków powrózka nie potrzebujemy sobie zadawać trudu, często bezowocnego, z wyszukiwaniem w splotach żylnych tętnicy nasiennej wewnętrznej; wystarcza w zupełności wyosobnić na tępo nasieniowód, i wszystkie pozostałe naczynia możemy na przestrzeni 4—5 ctm i więcej wyciąć po podwiązaniu ich w jednym, albo w dwóch pęczkach u góry i u dołu, bacząc tylko na to, by dolna podwiązka nie leżała niżej, niż o 2 palce ponad górnym końcem jądra. Kikuty naczyń zbliżamy i związujemy pozostawionymi długimi końcami podwiązek (katgut), przez co otrzymujemy uniesienie jądra do góry. Z powodu trudności wynajdywania t. nasiennej, była ta odmiana operacyi już i dawniej bez dokładniejszego uzasadnienia anatomicznego podana przez Benneta. Ostatni rok dał nam sposobność wykonania jej tylko raz jeden (z wynikiem pomyślnym).

Przy operacyi przepukliny pachwinowej zastosowanie resekcyi naczyń powrózka nasiennego sprowadza do minimum tę przeszkodę, jaką dla wszelkich metod operacyjnych stanowi powrózek nasienny. Sprowadziwszy cały powrózek nasienny, po wycięciu wszystkich jego naczyń, w obrębie kanału pachwinowego, do grubości samego nasieniowodu, operujemy tak niemal, jakby po wytrzebieniu.

Operując metodą Bassiniego, postępujemy w ten sposób, że po odszukaniu, wyosobnieniu i zrewidowaniu wewnątrz worka przepuklinowego, przekłuwamy go u samej podstawy szwem jedwabnym, podwiązujemy i puszczamy wolno, przyczem kikut chowa się w otworze wewnętrznym kanału pachwinowego. W polu operacyjnem pozostaje powrózek nasienny, oddzielony od worka i jego osłon (*cremaster, tun. communis*). Teraz z powrózka wyosobniamy na tępo nasieniowód, wypchnąwszy go po ujęciu powrózka między palce, na brzeg. Udaje się to zawsze łatwo i po takiem tępem wydzieleniu nasieniowodu możemy być pewni, że tętnica nasieniowodowa została zachowana. Przy uważnem oglądaniu wyosobnionego nasieniowodu łatwo się zresztą przekonać, że wzdłuż niego biegną cienkie naczynia krwionośne — tętnica i żyłki. Wyosobnienia nasieniowodu dokonywamy na przestrzeni kanału pachwinowego od otworu wewnętrznego do zewnętrznego, a więc około 5—6 ctm; wszystkie inne naczynia krwionośne powrózka podwiązujemy przy otworze wewnętrznym kanału i przecinamy pod przewiązką, zabezpieczywszy się od krwawienia obwodowego również przewiązką albo kleszczykami tętniczemi. Widzimy, jak kikut naczyniowy chowa się, podobnie jak worek, poza szczelinę w mięśniach, stanowiącą otwór wewnętrzny kanału pachwinowego. Nakładamy teraz podwiązkę przy dolnym końcu rozszczepienia powrózka nasiennego znów na wszystkie naczynia, prócz nasieniowodu, i naczynia te odcinamy ponad podwiązką. Jak zaznaczyłem, dolna podwiązka przy tej operacyi powinna przypadać zaraz pod poziomem zewnętrznego otworu kanału pachwinowego, a w żadnym razie nie leżeć niżej, niż na 2 palce ponad górnym biegunem jądra. Należy na to bacznie uważać, szczególnie w tych przypadkach, gdzie tępe rozszczepienie powrózka na nasieniowód i naczynia pozostałe, bardzo łatwo się odbywające, posunęło się ku dołowi dalej, niż to jest konieczne, co często może się zdarzyć. Powstający w tych razach po wycięciu naczyń wolny kikut naczyniowy, zwykle przyczepiamy jednym szwem z cienkiego katgutu do dna rany, aby nie opadał w dół i miał położenie prawidłowe. Do nasieniowodu przyczepiać go nie wolno, ponieważ możnaby przy tem ująć w pętlę szwu któreś z naczyń, na nim przebiegających, coby teraz już mogło mieć skutki niepożądane. Po usunięciu naczyń powrózka i resztek osłonek (*cremaster, tunica communis*), (które to resztki możemy usunąć teraz znacznie łatwiej i dokładniej, nie obawiając się skaleczenia naczyń powrózka i przez to uzyskać ładny i wyraźny obraz anatomiczny mięśni brzusznych, potrzebnych do operacyi), przystępujemy do zaszywania kanału pachwinowego, sposobem, podanym przez Bassiniego. I tu dopiero przy zakładaniu pierwszego piętra szwu — pomiędzy mięśniami skośnym wewnętrznym i poprzecznym z jednej i więzadłem Pouparta z drugiej strony, — widzimy, że otwór potrzebny dla przepuszczenia nasieniowodu z jego naczyniami w górnym końcu tej linii szwu jest tak mały, że równa się niemal prawidłowemu odstępowi pomiędzy dwoma szwami węzełkowymi. Wskutek cienkości nasieniowodu po wycięciu naczyń zakłada się to piętro szwu tak, jakby z powrózka nasiennego nic nie zostało, — jakby po trzebieniu. Do tej linii szwu stosuje się w klinice krakowskiej średni jedwab i szew węzełkowy. Drugie piętro szwu, łączące brzegi szczeliny w powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego (katgut), zakłada się ponad nasieniowodem. W dolnym końcu tej linii szwu mały trójkącik, który pozostaje po zbliżeniu ostatnim dolnym szwem bez zbytniego napięcia nóżek powięzi, zupełnie wystarcza do przepuszczenia nasieniowodu. To, co wykonujemy przez dwupiętrowy szew ściany brzusznej w tym razie, nie jest, ściśle biorąc, wytworzeniem nowego, o dogodnym przebiegu, przez tłocznię brzuszną zaciskanego, a nie rozszerzanego kanału pachwinowego, niezbędnego dla powrózka — co stanowi myśl przewodnią sposobu Bassiniego; — jest to zupełne odbudowanie ściany mięsnej brzucha na kanale pachwinowym, takie, jak jest możliwe u kobiet lub po trzebieniu.

W ten sposób przy zakładaniu obu podstawowych linii szwu otwór do przepuszczenia pozostawionego z powrózka nasieniowodu i zarazem niebezpieczeństwo nawrotu z tego powodu sprowadzamy do minimum. Nie potrzebujemy również obawiać się, żeśmy powrózek zacisnęli szwami. Przy powrózku nasiennym całym — grubym i pulchnym — zaciśnięcie takie powstaje łatwo i uniknięcie go wymaga pewnej wprawy. Zaciśnięcie to wywołuje utrudnienie odpływu krwi żylnej, nie zmniejszając dopływu krwi tętniczej, i wiedzie po operacyi do znanego obrazu zastoju żyl-

nego w powrózku i obrzęku moszny i jądra. Po wycięciu naczyń powrózka zupełnie z tą okolicznością nie potrzebujemy się liczyć. I rzeczywiście doświadczenie poucza, że z obrzękami moszny po operacyi, ze stwardnieniami na przebiegu mosznowej części powrózka, tak częstemi po operacyi Bassiniego sposobem zwykłym, po zastosowaniu opisywanej odmiany prawie się nie spotykamy, chyba że wyosobnianie worka było trudne, nie szło na tępo, i wywołało powstanie znacznych obdartych, włoskowato-krwawiących powierzchni osłonek w mosznie. We wspomnianych tylko co przypadkach, w których worek przepuklinowy z trudem daje się wyosobnić z otoczenia, wskutek silnych z nim zrostów, zdarzyć się może, że powrózek nasienny jako całość lub też tylko nasieniowód ze swymi naczyniami (w razie rozrzuconego ułożenia składników powrózka dokoła worka, co bywa szczególnie przy przepuklinach wrodzonych) jest do worka silnie przyrośnięty i przy oddzielaniu krwawi. W tych razach nie możemy czasem być pewni, żeśmy naczyń krwionośnych pęczka nasieniowodowego nie uszkodzili, i w takich przypadkach radzę od resekcyi naczyń powrózka się powstrzymać. Naturalnie — wycięciu naczyń powrózka nic nie stoi na przeszkodzie, o ile przy takiem trudniejszem oddzielaniu powrózka od worka ulegną obrażeniu wyraźnie tylko żyły splotu wiciowatego *(plexus pampiniformis)*, i wydzielenie na tępo nasieniowodu z powrózka łatwo i gładko się uda. W każdym poszczególnym przypadku rozważamy tę okoliczność, i zwrócę tu uwagę, że zawsze, nawet już po rozdzieleniu powrózka na dwa pasma, o ile pęczek nasieniowodowy wydaje się nam niepewny, wycięcia naczyń możemy zaniechać. Ażeby być pewnym pęczka nasieniowodowego, zawierającego tętnicę, należy unikać zbyt dokładnego oddzielania i wypreparowywania nasieniowodu; — lepiej pozostawiać go owiniętym w cienką warstewkę przylegającej tkanki łącznej. W żadnym razie nie należy dopreparowywać się aż do samej osłony właściwej (*adventitia*) nasieniowodu, którą łatwo poznać po białawem zabarwieniu.

Z tego, co tu zaznaczyłem, wynika, że uszkodzenie przy zabiegu naczyń pęczka nasieniowodowego stanowi przeciwwskazanie do stosowania opisywanej odmiany operacyi przepukliny pachwinowej. Pomyślną jednak dla odmiany tej okolicznością jest, że uszkodzenie to zdarza się rzadko, np. na 26 przepuklin pachwinowych u 23 dorosłych mężczyzn (3 obustronne), operowanych doszczętnie w ciągu ostatniego roku szkolnego w klinice krakowskiej, można było przypuszczać to uszkodzenie tylko 3 razy i wtedy wycięcia naczyń zaniechano. Drugiem przeciwwskazaniem, jak to już zaznaczyłem w roku zeszłym, jest wiek poniżej lat 14—16, przed okresem zupełnego rozwoju jądra, nie wiemy bowiem, czy unaczynienie przez tętnicę jedną, wystarczające dla jądra rozwiniętego i ustalonego, byłoby również dostateczne w okresie rozwoju, i czy uszczuplenie bądź co bądź dopływu krwi — nie powstrzymałoby go lub nie upośledziło.

Z uwzględnieniem przeciwwskazań zaznaczonych, a więc wieku i uszkodzenia przy operacyi naczyń pęczka nasieniowodowego, omawiana odmiana operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej jest obecnie stale stosowana w klinice krakowskiej.

Przebieg pooperacyjny naszych 26 przypadków (u 23 chorych) z roku ubiegłego — a razem z już ogłoszonymi 32 — operowanych podanym tu sposobem z wycięciem naczyń powrózka nasiennego, był zupełnie pomyślny. Ze strony jądra nie spostrzegaliśmy ani razu żadnych zaburzeń, a co do obrzęku moszny i nacieku w obrębie mosznowej części powrózka, to, jak to wyżej zaznaczyłem, nie spotkaliśmy się zupełnie z temi drobnemi powikłaniami, pomimo, iż po operacyi umyślnie nie układaliśmy moszny wyżej zapomocą odpowiedniego opatrunku, jak to się zwykle robi i myśmy dawniej robili, a tylko puszczaliśmy ją wolno za siłą ciężkości, niewielkim opatrunkiem zabezpieczywszy samą tylko ranę

Jako zalety metody uważać należy:

1) Możność zupełnie szczelnego zamknięcia kanału pachwinowego, tak, jakby powrózka tam niemal zupełnie nie było. Pozostawianie w górnym rogu pierwszego piętra szwu mięśniowego otworu dla powrózka, otworu, który leżąc naprzeciw kikuta worka przepuklinowego, ułatwia mu ponowne wydłużanie się w kierunku mniejszego oporu w mięsnej ścianie brzusznej i powstawanie nawrotów — staje się zbytecznem. Dla samego nasieniowodu wystarcza tu pozostawienie takiej szczeliny, która odpowiada zwykłemu odstępowi szwu węzełkowego. Drugie piętro szwu mięśniowego (szew powięzi m. skośnego zewnętrznego) również możemy zakładać w dół do samego końca i przytem powięź samą, o ile jest wiotką, możemy ponad nasieniowodem sfałdować (szwami typu Lemberta), nie obawiając się ucisnąć powrózka.

2) Sprowadzenie tak ważnego i wymagającego uwagi przy operacyi przepukliny narządu, jak powrózek nasienny do rozmiarów nasieniowodu, ułatwia doprowadzenie obrazu anatomicznego mięśni ściany brzusznej, potrzebnych do szwu, do możliwej jasności i dokładności. Przez śmiałe usuwanie wszelkich zbytecznych resztek osłon (które się nieraz, tracąc na tej jasności, pozostawia, by tylko uniknąć wikłającego zabieg i późniejszy przebieg pooperacyjny — krwawienia z żył splotu wiciowatego, którego dokładne zatamowanie jest kłopotliwe) — uzyskujemy taką precyzyę warstw, którą znacznie trudniej otrzymać możemy, zachowując powrózek w całości.

3) Unikamy w znacznym stopniu, tak częstych po operacyi Bassiniego obrzęków moszny i jądra, oraz na tle zakrzepów powstających uporczywych stwardnień w obrębie mosznowej części powrózka. Powikłanie to, niezbyt wprawdzie poważne, zmusza operowanych do noszenia suspensoryum nieraz przez parę miesięcy i do stosowania odpowiedniego leczenia (maści, okłady). Obrzęk ten również, posuwając się po operacyi w górę wzdłuż powrózka nasiennego, rozpycha wytworzony przy operacyi kanał. Po przeminięciu obrzęku kanał okazuje się zbyt obszerny dla powrózka, co może sprzyjać nawrotom. Po wycięciu naczyń powrózka powikłanie to będzie znacznie rzadszem, ponieważ znika łatwość zaciśnięcia pulchnego splotu wiciowatego, przy zachowaniu dopływu krwi przez wszystkie 3 tętnice. Dla odpływu krwi, dostarczanej tylko przez t. nasieniowodową, są dostateczne zachowane wraz z nią i nasieniowodem żyły.

Pozostaje jedna jeszcze przyczyna powstania stwardnień w mosznie po operacyi, mianowicie włoskowate krwawienie z osłonek, powstające po trudnem wydzielaniu po-

zrastanego worka przepuklinowego. Temu nie zaradzi naturalnie wycięcie naczyń powrózka, a tylko dokładność w tamowaniu krwawień, której nigdy dość zalecić nie można.

Chcę tu zwrócić uwagę jeszcze na jedną okoliczność. Mianowicie, przy dużych przepuklinach jest kanał pachwinowy odpowiednio rozszerzony i górny kąt rozszczepienia mięśni brzusznych (pod powięzią m. skośnego zewnętrznego), leży daleko od górnego brzegu kości łonowej. W takich przypadkach, o ilebyśmy chcieli przepuścić nasieniowód przez sam górny koniec linii szwu pierwszego piętra, musielibyśmy dokonać silnego ostrokątnego niemal przegięcia nasieniowodu w miejscu pierwszego szwu. Przy powrózku w całości takie przegięcie poza zaciśnięciem splotu wiciowatego w dopuszczalnych granicach nie wywołuje upośledzenia dopływu krwi tętniczej, ponieważ splot wiciowaty odgrywa dla tętnic rolę poniekąd poduszki, zabezpieczającej od nacisku i zbyt ostrokątnego przegięcia. Natomiast postępowanie takie pozwala wydłużyć do najdalszych granic przebieg nowo wytworzonego kanału pachwinowego, co, jak wiemy, stanowi okoliczność pomyślną. Po wycięciu naczyń powrózka byłby nasieniowód przy takiem postępowaniu wystawiony na przegięcie zbyt gwałtowne z niebezpieczeństwem zaciśnięcia tętnicy i żył; należy go więc w tych razach przepuszczać nie w samym górnym rogu pierwszej linii szwu, ale o 1 lub 2 szwy niżej. Dokładne odbudowanie ściany brzusznej na miejscu kanału pachwinowego nic na tem nie traci.

Z oddziału II. w Szpitalu Wolskim w Warszawie.

Badania nad czynnością układu tętniczego w stwardnieniu tętnic *(arteriosclerosis)*.

Podał

Kazimierz Rzętkowski, ordynator oddziału.

Jak wiadomo pomiędzy naczyniami jamy brzusznej, należącemi do obszaru naczynioruchowego nerwu trzewnego *(splanchnicus)*, a naczyniami obwodowemi powierzchni ciała istnieje pewien dosyć prawidłowy antagonizm. Jeżeli bowiem nastąpi skurcz naczyń trzewnych to wówczas naczynia obwodowe ulegają rozluźnieniu, skutkiem czego masa krwi, wyciśnięta ze skurczonych czasowo naczyń trzewnych, wlewa się do rozszerzonych naczyń obwodowych. W ten sposób ciśnienie w całym układzie tętniczym nie ulega zbytniej zmianie, zmienia się bowiem tylko rozkład krwi, i wobec oporu, który powstał w jednym z obszarów krążenia (jama brzuszna), następuje jednocześnie rozluźnienie w innym obszarze (obwód), co sprawia, iż warunki pracy serca pozostały prawie bez zmiany.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że tego rodzaju mechanizm wyrównywania ciśnienia przy pomocy naprzemiennego zmniejszania oporów w tym lub w owym z obszarów układu tętniczego, ma niesłychanie doniosłe znaczenie wogóle dla krążenia krwi, które bez niego narażone by było na poważne zaburzenia, ze znacznych i bardzo trudno dających się wyrównać wahań w ciśnieniu tętniczem wynikające. W tych warunkach rola wyrównywania ciśnienia tętniczego przypadałaby wyłącznie mięśniowi sercowemu, któryby musiał pracować bardzo nierównomiernie. Nadto wobec ogólnego skurczu naczyń obwodowych, jama serca lewego nie mogłaby w sobie pomieścić całej ilości krwi, z naczyń krwionośnych skutkiem ich skurczu wypchniętej ku sercu, lub też stawałaby się mniej lub więcej pustą podczas rozluźnienia ścian drzewa tętniczego i powstałego skutkiem tego wolnego miejsca dla krwi w tętnicach. W tych warunkach krążenie krwi prawidłowe byłoby oczywiście niemożliwe. Temu wszystkiemu wszakże zapobiega antagonizm skurczowy tętnic trzewnych i tętnic obwodowych, który, jak widzimy, jest jednym z najbardziej podstawowych czynników krążenia.

Zachodzi pytanie, jak ów mechanizm, wyrównywający rozkład krwi tętniczej, działa w warunkach patologicznych, w tych warunkach, kiedy ściany tętnicze utraciły zdolność dostatecznego kurczenia się i rozluźniania, krótko mówiąc, w tym stanie chorobowym, który oznaczamy ogólnem mianem stwardnienia tętnic *(arteriosclerosis)*? Teoretycznie biorąc, u człowieka z tętnicami zupełnie zdrowemi obniżenie ciśnienia na obwodzie, t. j. czasowe rozluźnienie tętnic obwodowych nie powinnoby wywierać wogóle żadnego wpływu na ciśnienie tętnicze wogóle. Na skutek tego rozluźnienia obwodowego powinienby nastąpić niezwłocznie skurcz obszaru trzewnego, co wyrównałoby ciśnienie tętnicze wogóle bez udziału pracy serca. Zobaczmy, czy tak jest w rzeczywistości.

Jak wiadomo a z o t y n a m y l u *(amylnitrit)* posiada własność rozluźniania znacznego obszaru drzewa tętniczego. Rozluźnia on mianowicie tętnice górnej połowy ciała (ponad przeponą), przez co, stosując ostrożnie ten środek, mamy możność sprowadzania dowolnie w wielu naraz tętnicach, należących do obszaru obwodowego, mniej lub więcej znacznego spadku ciśnienia. W ten sposób badanie ciśnienia tętniczego u ludzi, znajdujących się pod wpływem azotynu amylu, pozwala nam łatwo oceniać sprawność owego mechanizmu wyrównywania się ciśnienia tętniczego na obwodzie i w jamie brzusznej, którego szczegóły i doniosłe znaczenie powyżej uwydatniłem. Zaznaczyć tu muszę, że obawy trującego działania azotynu amylowego u ludzi są mocno przesadzone. Od lat paru wzorem autorów francuskich stosuję azotyn amylowy zarówno na moim oddziale, jak i w praktyce prywatnej w krwotokach płucnych u suchotników. Nadto *experimenti causa* stosowałem go kilkaset razy na zdrowych i chorych na stwardnienie tętnic z wysokiem ciśnieniem w ilości do 10 kropli do wdychania na raz. Nie widziałem przytem nigdy jakichkolwiekbądź groźnych objawów. Środek ten jest nieco nieprzyjemny, w d a w k a c h j e d n a k s z y b k o r o z l u ź n i a j ą c y c h t ę t n i c e o b w o d o w e zarówno u ludzi z ciśnieniem nizkiem (poniżej 100 mm Hg, jak np. u suchotników z ciśnieniem skurczowem 88—92 mm Hg), jak i u ludzi z ciśnieniem wysokiem ż a d n e g o n i e b e z p i e c z e ń s t w a n i e p r z e d s t a w i a. To też zasługuje on na szersze niż dotychczas zastosowanie, zwłaszcza w badaniach nad sprawnością i rozszerzalnością układu tętniczego u ludzi zdrowych i chorych.

U l u d z i z d r o w y c h azotyn amylu, rozluźniając naczynia obwodowe górnej połowy ciała, nie wywołuje zbyt wielkiego spadku ciśnienia. Typowe działanie tego środka na zdrowy układ tętniczy ilustrują dwa poniższe doświad-

czenia, które wykonałem na ludziach zupełnie zdrowych, młodych mężczyznach, nie palących i nie używających trunków, u których układ tętniczy według wszelkiego prawdopodobieństwa absolutnie żadnych odchyleń od normy nie przedstawiał. Wyłączone też u nich były wszelkie wpływy postronne na ciśnienie (obawa i t. p.), co nadaje wynikom tych doświadczeń tem większą wagę.

Doświadczenie I. Dr St. O. lat 28.

a) przed wdychaniem AN.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda
68	125	102	23
66	124	103	21
67	124	102	22 średnio.

b) podczas wdychania AN.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda
96	115	93	22
	108	93	15
96	112	93	19 średnio.

Uwaga. Twarz b. czerwona. Tętnienie w głowie. Lekkie pobudzenie do kaszlu.

c) po odstawieniu AN.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda
68	125	100	25
68	125	102	23
68	125	101	24 średnio.

Doświadczenie II. Z. stud. med. l. 25.

a) przed wdychaniem AN.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda
76	118	90	28
76	118	96	22
78	116	98	18
77	117	95	22 średnio.

b) podczas wdychania AN.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda
96—90	113	93	20
	109	90	19
	110	93	17
94	110	92	18 średnio.

Uwaga. Twarz b. czerwona. Tętnienie w skroniach.

c) po odstawieniu.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda
78	114	96	18
	112	98	14
78	113	97	16 średnio.

Analizując wyniki, zupełnie zresztą analogiczne, doświadczeń powyższych, musimy zwrócić przedewszystkiem uwagę na liczby, dotyczące ciśnienia rozkurczowego, zależnego głównie od napięcia tętnic, na które AN działa przedewszystkiem. W obu doświadczeniach powyższych AN rozwinął całkowicie swe działanie, co uwydatniło się w silnem zaczerwienieniu twarzy obu badanych, którzy uczuwali na wysokości działania środka wybitne i tak charakterystyczne tętnienie w głowie i w skroniach. Rozkurczowe ciśnienie w obu przypadkach powyższych zmniejszyło się bardzo nieznacznie, a mianowicie:

Dr O. spadek ze 102 mm Hg. na 93 t. j. 9 mm (9%)
Stud. Z. » » 95 » » » 92 » 3 mm (3%).

Dowodzi to, że pomimo rozluźnienia tętnic obwodowych ciśnienie w nich pozostało mało zmienionem, t. j. napełnienie ich było dostateczne. Napełnienie to, rzecz prosta, musiało powstać na skutek skurczu tętnic trzewnych, który tu prawie zupełnie wyrównał rozluźnienie tętnic obwodowych. Atoli całe to przemieszczenie krwi z tętnic trzewnych do tętnic obwodowych nie odbyło się bez udziału mięśnia sercowego, którego praca wzrosła. Widzimy bowiem podczas wdychania AN znaczne przyśpieszenie tętna przy tej samej nieledwie amplitudzie; znaczy to, że serce wyrzucało tę samą ilość krwi przy skurczu, co i poprzednio, lecz częstość jego skurczów wzrosła, przez co oczywiście więcej krwi musiało przechodzić w jednostce czasu do aorty. Ta krew, jak widzimy, dążyła głównie ku tętnicom obwodowym.

Doświadczenia powyższe stwierdzają, że u ludzi z tętnicami zdrowemi AN wywiera względnie niewielki wpływ na ciśnienie tętnicze, obniżając je bardzo nieznacznie. Pouczają też one, że zdrowe tętnice trzewne kurczą się prawie na tyle, ile potrzeba do wyrównania rozluźnienia tętnic obwodowych.

* * *

Przejdźmy do rozpatrzenia, jak zachowuje się układ tętniczy pod wpływem AN u ludzi, dotkniętych stwardnieniem tętnic ze wzmożonem ciśnieniem.

Zmiany w napięciu układu tętniczego u badanych przezemnie osobników dla łatwiejszego ich poznania ugrupowane są w tablicy następującej:

Tablica I.

No	Tętno		Ciśnienie w tętnicy ramieniowej						Amplituda	
			skurczowe		rozkurczowe					
	przed	podczas	przed	podczas	przed	podczas	różnica	% spadku	przed	podczas
1	75	100	211	136	169	103	66	39	42	33
2	88	96	210	188	147	147	0	0	53	41
3	70	90	199	148	173	129	44	25	26	19
4	69	93	188	160	157	144	13	9	26	16
5	76	100	180	132	158	110	48	30	22	22
6	82	94	180	155	158	138	20	13	22	17
7	100	138	173	155	129	123	6	4	44	32
8	100	115	172	148	149	123	26	15	23	25
9	94	132	157	124	134	102	32	24	23	22
10	58	74	144	112	117	96	21	18	27	16
11	80	106	140	100	100	73	23	23	40	27

Z tablicy powyższej widzimy, że tylko u jednego z osobników badanych wdychanie AN pozostało całkiem bez wpływu na ciśnienie rozkurczowe. Jest to Nr 2. Przypadek ten jednak pragnę tu zaraz omówić, ponieważ, zdaniem mojem, nie nadawał się on bardzo do mierzenia ciśnienia przyrządem Riva-Rocciego. Była to kobieta l. 60, chora na kamicę żółciową i otyłość oraz stwardnienie tętnic. Mocz bez białka; *extrasystolae ventr. sin.*, lekkie obrzęki na kończynach dolnych. Z obu stron tętnice ramieniowe w postaci twardych, wężykowatych, o nierównej powierzchni sznurków, uległe wybitnej miażdżycy i zwapnieniu, natomiast tętnice promieniowe, oraz skroniowe i stopowe nie wężykowate i bardzo mało zmienione. Według wszelkiego prawdopodobieństwa mieliśmy tu znaczne zwapnienie tętnic ramieniowych, a może wogóle tętnic kalibru większego nadprzeponowych, które mało oddziaływały na AN. Zaznaczę, iż chora ta wdychała AN z górą przez 2 minuty W dwóch przypadkach (4 i 7) spadek ciśnienia nie prze-

kraczał normy. We wszystkich pozostałych wdychanie AN wywołało mniej lub więcej znaczne obniżenie ciśnienia rozkurczowego, dochodzące do 19%, na ogół przewyższające poważnie obniżenie, uzyskane w ten sam sposób u zdrowych.

Okoliczność ta stwierdza, że u znacznej większości chorych na stwardnienie tętnic z nadmiernem ciśnieniem (hypertenzyą), zesztywnienie tętnic nie jest organicznem, lecz może pod wpływem środków obniżających ciśnienie ulegać zmianie nieraz bardzo znacznej w kierunku rozluźnienia. Znaczy to, że hypertenzya tętnic bywa najczęściej czynnościowa. Okoliczność powyższa, stwierdzona tu przy pomocy AN, znajduje skądinąd najzupełniejsze potwierdzenie u tych chorych na stwardnienie tętnic z nadmiernem ciśnieniem, którzy zapadają na jakąś chorobę zakaźną ostrą (np. zapalenie płuc, róża itp.). Znajdujemy wówczas to samo, cośmy stwierdzili tu doświadczalnie, że tętno napięte staje się pod wpływem działania toksyn miękkiem, nieraz dwubitnem, ciśnienie spada.

Jak sobie wyjaśnić ów znaczny spadek ciśnienia rozkurczowego pod wpływem AN u chorych z nadmiernem ciśnieniem przy stwardnieniu tętnic? Powstaje on oczywiście wskutek rozluźnienia tętnic, innemi słowy, wskutek niedostatecznego ich napełnienia, To ostatnie wywołane być może pierwotnie albo wskutek zmniejszonego ilościowo rzutu krwi skurczowego z lewej komórki do aorty, albo też skutkiem niedostatecznego skurczu tętnic trzewnych.

Ażeby módz w przybliżeniu ocenić pracę lewej komórki przed i podczas wdychania przez chorych AN zestawmy w tablicy poniższej odsetkę spadku ciśnienia rozkurczowego z iloczynem: Tętno × Amplituda. (Tabl. II).

Tablica II.

No przyp.	% Spadku ciśnienia rozkurczowego	Tętno × Amplituda		Uwagi
		przed AN	podczas AN	
1	39	3150	3300	praca serca zwiększona.
3	25	1820	1710	praca serca prawie bez zmiany.
5	30	1070	2200	praca serca zwiększona.
6	13	1804	1598	praca serca zmniejszona.
8	15	2300	2875	praca serca zwiększona.
9	24	2168	2904	» » »
10	18	1506	1184	praca serca zmniejszona.
11	23	3200	2862	» » »

Z zestawienia powyższego widzimy, że tylko w mniejszości przypadków spadek ciśnienia rozkurczowego pod wpływem AN mógłby być wyjaśniony również i słabem napełnieniem rozluźnionych tętnic z powodu osłabionej działalności serca (zmniejszonego rzutu krwi). Natomiast w większości przypadków spadkowi ciśnienia rozkurczowego towarzyszy powiększona praca serca, która nie zdołała wyrównać spadku ciśnienia. W tych przypadkach mamy niewątpliwie zupełne zesztywnienie ścian tętnic trzewnych, zupełną niezdolność ich do kurczenia się.

(Dok. nast.)

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell. w Krakowie pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

Dwa przypadki prawdziwego rozrostu sutka męskiego (*Gynaecomastia vera*).

Podał
Dr Stanisław Łapiński.

Jak wiadomo, rozwija się narząd gruczołowy sutka u obojga płci z zarodkowego zgrubienia naskórka tak zwanej »listwy mlecznej«, biegnącej z góry ku dołowi między zawiązkiem kończyn górnej i dolnej. Linia ta przez powolny przerost naskórka w jednych, a zanikania w drugich miejscach, daje początek pierwotnym sutkom. W warunkach prawidłowych rozpoczyna jeden z nich wyraźniej bujać, zapuszczać ku wewnątrz pierwsze grona, podczas gdy reszta zanika. O ile to nie nastąpi, reszta punktów mlecznych nie zniknie, ale owszem ulegnie dalszemu podobnemu rozwojowi, to będziemy mieć szereg sutków najrozmaiciej rozwiniętych, leżących na linii, biegnącej od wyrostka barkowego (*acromion*) do spojenia łonowego. W rzadkich przypadkach mogą się sutki rozwijać i w innych miejscach ciała, n. p. na kończynie dolnej, bądź to jako ślad gruczołu w postaci brodawki, bądź też jako wzniesienie o wyraźnej budowie gruczołowej, wydzielające za uciskiem ciecz mleczną. Jest to tak zwana mnogość sutków (*hyperthelia, hypermastia, polythelia*).

Mniej więcej do 13—14 roku życia gruczoł sutkowy u obojga płci zachowuje się jednakowo. Po r. 14-tym ulega on u kobiet dalszemu i to szybkiemu rozwojowi, mającemu za cel dostarczenie noworodkowi pokarmu w czasie pierwszych miesięcy jego pozapłodowego życia; u mężczyzn powiększa się niewiele i żadnej czynności fizyologicznej nie spełnia. W rzadkich nader przypadkach gruczoły mleczne u mężczyzn mogą się rozwijać obustronnie lub jednostronnie, od urodzenia, lub co częściej znów się napotyka, w okresie pokwitania, dochodzić do wielkich gruczołów karmiących kobiet, a nawet spełniać czynność fizyologiczną, to znaczy wydzielać ciecz płynną, mleczną, nie różniącą się składem chemicznym od mleka kobiecego. Jako przykład takich obustronnie działających gruczołów mlecznych, może służyć pewien człowiek w Ameryce, opisany przez Aleksandra Humboldta, który po śmierci swej żony karmił sam przez kilka miesięcy pozostałe dziecko.

Zboczenie to rzadko spotykane, zwie się rozrostem sutka męskiego (*gynaecomastia*). W pojęciu rozrostu, gynekomastyi prawdziwej (*gynaecomastia vera*), leży przerost gruczołowy, to znaczy powiększenie i rozrost samego gruczołu mlecznego (»einfache und numerische Hypertrophie« Virchowa) w granicach jeszcze fizyologicznych, a nie powiększenie, powstałe wskutek nagromadzenia się tkanki tłuszczowej w obrębie sutka w tkance podskórnej, niesłusznie za gynekomastię uważane, lub też powiększenie na tle zapalnem, nowotworowem gruczołu samego, tkanki okołogruczołowej, lub też skóry. Te przerosty stanowić będą według podziału Wenzel Grubera drugą grupę rozrostu sutka, tak zwany rozrost fałszywy (*gynaecomastia spuria*). Podział tegoż autora odróżnia jeszcze wśród gynekomastów prawdziwych — jednych, których gruczoły są w pełni

sprawności fizyologicznej, drugich, których narząd gruczołowy sutków nic nie wydziela; gynekomastów z dobrze rozwiniętym narządem moczowo płciowym i takich, których narządy płciowe przedstawiają pewne nieprawidłowości, najczęściej spodziectwo *(hypospadiasis)*, wierzchniactwo *(epispadiasis)* i obojnactwo *(hermaphroditismus)*. Ostatnie zebrał i opisał Franciszek Neugebauer w swem dziele: Hermaphroditismus beim Menschen«.

Przechodząc do spraw chorobowych sutka prawidłowego i nadliczbowego, napotykamy przedewszystkiem sprawy nowotworowe i to złośliwe, przeważnie raki. Statystycznie tylko 2%—3% wszystkich nowotworów sutkowych dotyczy mężczyzn. O ile mi się zdaje, przypadki te się mnożą; są one częścią statystyki każdej kliniki chirurgicznej. W piśmiennictwie spotkałem nadto jeden przypadek gruczolaka (*epithelioma cylindricum*) (Poirier: Un cas de tumeur maligne chez l'homme. Archives générales de médecine. Paris, 1881) i jeden włókniako-mięśniaka (*myofibroma*) z piśmiennictwa skandynawskiego (Santesson. S. och. Axel Key. Hygiea Svenska, 1880).

Wyliczę jeszcze torbiele zastojowe (*galactocele*), torbielaki (*kystoma et polykystoma*, Brissaud, Schimmelbusch), mięsaki, włókniaki, zdarzające się u kobiet, o których jednak w dostępnem mi piśmiennictwie u mężczyzn wzmianki nie znalazłem.

Z t. zw. nowotworów zakaźnych poza promienicą nader rzadką i gruźlicą, bądź to pierwotną, bądź też następową z próchnienia żeber, mostka, ropienia gruczołów pachowych i szyjnych, wymienić należy kiłę. Zmiana ta rzadka i też albo jako pierwotne stwardnienie (*sclerosis*) występująca, albo jako zmiana późniejsza w formie kilaków. Ciekawy przypadek opisuje Hérard w »Annales de dermatol. et syphil.«. Paris, 1887. Dotyczy on 63-letniego mężczyzny, który podczas nieprawidłowo spełnianego spółkowania *per os* i ssania przytem sutka przez prostytutkę nabawia się tego cierpienia.

Ze spraw zapalnych wymienić należy: zapalenie sutków u noworodków (*mastitis neonatorum*), sprawa wyjątkowo napotykana, bo według statystyki kliniki położniczej w Berlinie na 2700 porodów spostrzegane zaledwie 10 razy. Pojawia się ono zazwyczaj w drugim tygodniu pozapłodowego życia noworodka, a polega na bolesnym obrzęku piersi z zaczerwienieniem skóry. Część autorów za zapalną jej nie uważa; raczej za objaw przedwczesnej czynności fizyologicznej (verfrühte funktionelle Leistung). Co do zapalenia sutka w wieku dojrzałym (*mastitis pubescentium virilis*), to według Billrotha jest ono zawsze następstwem choćby najmniejszego urazu, gdy znów Leisrink temu zaprzecza, utrzymując, że taka sprawa bez wszelkiej przyczyny zewnętrznej powstać może w okresie i następstwie pokwitania i za zapalną uważaną być nie powinna.

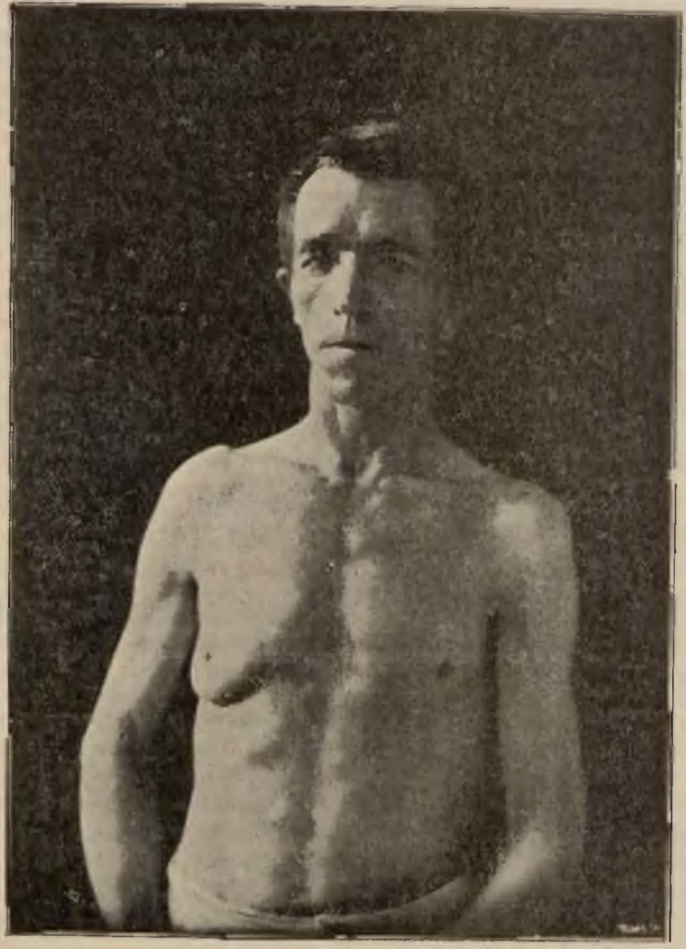
Zdarzać się wreszcie mogą otarcia, przeczosy skórne, powierzchowne, naturalnie urazowe, bez większego patologicznego znaczenia.

W r. 1908 miałem sposobność spostrzegać dwa przypadki rozrostu prawdziwego (*gynaecomastia vera*) jednostronnego, w obu przypadkach po stronie prawej.

1. Chory J. F., l. 44 wieśniak (N. dz. kl. 77. P. J.) zgłasza się dnia 19. II. 1908 do kliniki z powodu przypadków żołądkowych, które po badaniu treści żołądkowej i obserwacyi klinicznej należy odnieść do rozszerzenia żołądka z nieżytem śluzowym.

Badanie przedmiotowe: Klatka piersiowa szeroka, więcej wdechowo ustawiona, mało elastyczna.

Sutek prawy powiększony, lekko obwisły, osadzony na szerokiej podstawie, przy ucisku nieco tkliwy. Brodawka sutka miernie rozwinięta, w każdym razie wyraźniej zaznaczona, niż po stronie lewej, chwytna. Podstawa sutka 14 cm, wysokość 2 cm. Szerokość klatki piersiowej na wysokości sutków w chwili spoczynku 90 cm. Przy obmacywaniu dają się wymacać wyraźnie poszczególne zraziki gruczołu, twarde, elastyczne. Przy ucisku nic się nie wydobywa. Strona lewa zmian nie okazuje. (Zob. rycinę).



Przy wywiadach chory kilkakroć zapytywany, początkowo o tej nieprawidłowości nic nie wie, następnie stara się ją odnieść do urazu garnkiem żelaznym, który miał się zdarzyć między 16. a 20-tym r. życia. Dodaje, że miał 6 rodzeństwa: z tego 2 siostry, które w dziecięctwie zmarły; 4 braci, którzy stanowczo podobnej wady nie mają. Ma 5 dzieci, także bez śladu rozrostu.

Przy badaniu narządu moczowo-płciowego stwierdza się jądra na właściwem miejscu, dobrze macalne, prawidłowo rozwinięte. Obok jądra i najądrza lewego, dają się wymacać w górnej części ponad głową najądrza 2 guzki, z podstawą i ze sobą zrośnięte: jeden wielkości małego orzecha laskowego, drugi ponad nim nieco mniejszy, niebolesne, zbitością swą przypominające zbitość jądra.

Wymiary miednicy chorego prawidłowe; wygląd chorego męski, niema żadnych oznak feminizmu. Uwłosienie charakterystyczne dla typu męskiego

Trudno przypuścić, by uraz zadany garnkiem (?) mógł wywołać przerost gruczołu samego; przypuścićby można najwyżej jakąś sprawę zapalną *(mastitis)* ostrą, o której chory nie wspomina zupełnie.

Natomiast czas powstania niepewny, w każdym razie między 16—20. r. życia, tłómaczy nam doskonale okres pokwitania, w którym nastąpić mógł rozwój i rozrost.

Podobny co do wywiadów wypadek podaje Wagner:

ceglarz, jednostronny gynekomasta, odnosi swą wadę do ucisku sutka przez sznur przy pociąganiu wózka, także w czasie okresu pokwitania.

Co do natury tworów, w narządzie moczowo-płciowym wyżej opisanych, nic stanowczego wobec niemożliwości badania drobnowidowego powiedzieć nie można. *(Paradidymis?)*.

2. Dnia 19. V. 1908 r. zgłasza się dragon Fr. M., l. 21, z podniesieniem ciepłoty do 39° C., ogólnem osłabieniem i dusznością. Badanie stwierdza wysięk opłucny po stronie prawej, tamże w szczycie świeża niewielka sprawa naciekowa. Zresztą narządy wewnętrzne zmian nie okazują.

Badanie przedmiotowe: Sutek prawy osadzony na szerszej podstawie, aniżeli lewy, wyraźnie występuje ponad powierzchnię klatki piersiowej, napięty, elastyczny. Podstawa sutka 12 cm, wysokość 3 cm; lekka tkliwość przy uciskaniu, przyczem żadnej wydzieliny otrzymać nie można. Brodawka słabo rozwinięta, mało chwytna, silniej jednak zaznaczona, niż po stronie lewej. Przy obmacywaniu wyczuwa się dokładnie budowę zrazikową tkanki, twardą i oporną, która jest przyczyną powiększenia się sutka.

Chory w wywiadach sam podaje, że do 20. r. życia oba sutki wyglądały jednakowo. We wrześniu tegoż roku zauważył nieznaczne, ale stałe powiększanie się sutka prawego bez żadnej przyczyny, które trwało przez 6 miesięcy, t. j. do lutego. Z tego też powodu zgłaszał się do lekarza: z jego polecenia wcierał jakąś maść, ale bez żadnej poprawy. Od lutego do obecnej chwili, t. j. przez 4 miesiące, gruczoł się nie powiększa; niepokoi tylko i drażni chorego ze względów kosmetycznych. W rodzeństwie nieprawidłowości tej niema.

W narządzie moczowo-płciowym chory zmian nie okazuje; wygląd chorego, budowa i uwłosienie prawidłowe.

JWP. Prof. Jaworskiemu, memu Szefowi, i W. Prof. Bochenkowi dziękuję za zachętę do ogłoszenia niniejszych spostrzeżeń i za łaskawe wskazówki w czasie mej pracy.

Piśmiennictwo. 1) Bardeleben. Handbuch der Anatomie des Menschen. Sinnesorgane. Erste Abteilung: Haut (Integumentum commune) von Prof. Dr A. v. Brunn. Jena, 1897. — 2) Morgan. Case of abnormal development of the right breast in a seaman at the age of puberty. The Lancet 1875, 2 Bd. — 3) Israel. Zwei Fälle von Hypertrophie der männlichen Brustdrüse. Diss. Berlin, 1894. — 4) Wagner. Ein Fall von Gynaecomastie. Virch. Archiv, 101 Bd., 1885. 5) Wenzel Gruber. Uber die männliche Brustdrüse u. über die Gynaccomastie. Mém. d, l'Acad. d. scienc. d. St. Pétersburg. Ser. VII. T. X. 1886. — 6) Billroth u. Pitha. Handbuch der Chirurgie. Bd III. — 7) Lenartowicz. Narządy mleczne u zwierząt i ludzi w związku z tak zw. Hypermastią i Hyperthelią. Z zakładu anatom. opis. Kraków, 1900. — 8) Ebstein u. Schwalbe. Chirurgie des praktischen Arztes. Stuttgart, 1907. — 9) Neugebauer. Hermaphroditismus beim Menschen. Leipzig, 1908.

Oceny i sprawozdania.

J. Zanietowski. **Kompendium der modernen Elektromedizin.** *(Deuticke)* Wiedeń 1909. Wobec niezwykłego rozrostu nowoczesnej elektrofizyki, dzięki któremu i jej zastosowanie w medycynie dla celów rozpoznawczych i leczniczych rozwinęło się w ostatnich latach w bardzo szerokim zakresie, okazuje się ciągła potrzeba tworzenia podręczników, któreby uwzględniając te ostatnie zdobycze pozwalały ogółowi lekarzy zapoznać się w sposób przystępny i łatwy z całokształtem tej stosunkowo trudnej umiejętności. Już pierwszy rzut oka uprzedza czytelnika korzystnie dla podręcznika Zanietowskiego: niema tego ogólnie we wszystkich dotychczasowych podręcznikach przyjętego, a wielce nużącego opisu całego szeregu przyrządów, śrubek itd. itd., stanowiącego istny balast, wskutek którego zgubić się nieraz można w szczegółach drugorzędnych i dla lekarzy często zupełnie niepotrzebnych.

Dzieło Zanietowskiego jest pierwszą książką, która opiera całą elektoterapię i elektrodyagnostykę na współczesnych teoryach o jonach, to też już w pierwszych rozdziałach spotykamy zamiast zwykłego opisu przestarzałych pojęć i znanych przyrządów, szerzej zakreślone i objaśnione przystępnymi rysunkami zasadnicze prawa ruchu jonów i elektronów i treściwe zestawienie cech, na których się opiera różnorodność leczniczych form jednorodnej elektrycznej energii. Również i sam podział książki nie jest podobny do utartego drogą zwyczajową. Część ogólna zawiera bowiem syntetyczną odpowiedź na pytanie, jakiej formy elektrycznej energii używać należy do przeprowadzenia terapii elektrotonicznej, elektrolitycznej, kataforetycznej itd. Część szczegółowa zawiera naodwrót niejako analizę poszczególnych form energii elektrycznej, w lecznictwie używanych i to nie galwanizacyi, faradyzacyi lub franklinizacyi, lecz szerzej pojętych pojęć prądu, rozładowania, oscylacyi i promieniowania. Do tej ostatniej kategoryi zalicza autor promienie Röntgena i radu, przeprowadzając paralelę między tymi promieniami a promieniami ciepła i światła oraz oscylacyami o wysokiem napięciu.

Z prac i metod własnych opisuje autor mierzenie pobudliwości nerwowej za pomocą rozładowań kondensatora, patologiczne krzywe skurczu mięśniowego, zmiany czucia i przewodnictwa czuciowego, wreszcie doświadczenia nad jonoterapią i kąpielami elektrycznemi. Najszerzej opisana jest treść czterdziestu kilku prac autora o metodzie kondensatora, objaśniona tabelami i rysunkami przyrządów pomysłu autora. Zdaniem wielu badaczy (Boruttau, Mann, Cluzet, Toby Cohn, Laquerrière itd.) metoda ta w tej postaci, jak ją dla kliniki autor wykształcił, przewyższa dotychczasowe metody prądu stałego i przerywanego, albowiem podstawia na miejsce empirycznych formułek dotychczasowych współczynniki podrażnienia i zwyrodnienia, których stosunek pozwala nietylko określić dokładnie pobudliwość i szybkość przewodnictwa zdrowych i chorych mięśni, lecz wniknąć nawet w elektrochemiczną budowę tkanek.

Zewnętrzna szata książki jest staranna, język potoczysty.

Dr Zygmunt Steuermark.

Dr Tomasz Janiszewski. **Co każdy człowiek o gruźlicy wiedzieć powinien?** Kraków, 1908. Nakładem księgarni S. A. Krzyżanowskiego.

O ile przed niewielu jeszcze laty dotkliwie brakowało u nas popularnych rozpraw o gruźlicy, o tyle obecnie rozporządza piśmiennictwo nasze popularne szeregiem doskonałych broszur i pouczeń, że wymienimy tylko dziełka prof. Domańskiego (wydanie Macierzy polskiej, 1906), dra Dunina i Gałeckiego (wydawnictwo Książki dla wszystkich, 1903, 1905), Łagowskiego (nagrodzone na konkursie im. Sokołowskiego, 1907), Legeżyńskiego (1902) i i. Ten żywszy ruch na tem polu rozpoczął się po IX Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich, gdzie prof. Baranowski wygłosił wykład: »Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno-narodowe«. Mimo to rozprawka dra Janiszewskiego nietylko nie jest zbyteczną, ale przeciwnie, bardzo potrzebną i pożyteczną z powodu swego specyalnego charakteru i odrębnego w wielu punktach ujęcia sprawy. Powstała ona z wykładów, przez które autor przygotowywał t. zw. opiekunki chorych dla tworzącej się we Lwowie »opieki nad chorymi gruźliczymi« (dyspensatoryum); to też, nadając się szczególnie jako przewodnik do takiego przygotowania, oprócz swego znaczenia popularyzatorskiego, zasługuje rozprawka dra Janiszewskiego na uwagę lekarzy, tych zwłaszcza, których sprawa zwalczania gruźlicy w naszym kraju żywiej obchodzi i którym przypadnie zadanie kształcenia personalu pomocniczego dla dyspensatoryów. A zbliża się chwila rozpoczęcia w tym kierunku działalności na szerszą skalę, w której lekarze powinni przodować. W najbliższym czasie będzie już można w ramach »Towarzystwa walki z gruźlicą«, zawiązanego we Lwowie, przystąpić do tworzenia dyspensatoryów, których gęsta sieć powinna wkrótce pokryć cały kraj. To też rozprawkę dra Janiszewskiego należy uznać za rzecz, przychodzącą bardzo na czasie.

Treść swej rozprawki podzielił autor na 7 rozdziałów: I. Określenie pojęcia gruźlicy. II. Prątek gruźliczy i jego własności. III. Jakiemi drogami dostaje się prątek gruźliczy do ustroju? IV. O sposobach szerzenia się i przenoszenia gruźlicy z człowieka na człowieka. V. O rozpowszechnieniu gruźlicy. VI. O zapobieganiu i zwalczaniu gruźlicy. VII. O leczeniu gruźlicy. Jak już z tego widać, obejmuje rozprawka wszystkie najważniejsze punkta, które personalowi pomocniczemu dyspensatoryów powinny być znane.

Praktycznem ze względu na cel rozprawki jest zalecane przez autora odróżnianie »gruźlicy płuc« od »suchot«. Rozróżnienie to, ograniczające nazwę »suchot« do rozwiniętego okresu choroby z objawami hektycznymi, a nazwą »gruźlicy

płuc« oznaczające początkowy, w znacznej bardzo części przypadków wyleczalny jej okres, ułatwić może znacznie w życiu potocznem, szczególnie w dyspensatoryach, otwarte określenie i wytłómaczenie choremu jego stanu, oszczędzając mu nadmiernego niepokoju. Natomiast radzi autor zupełnie zarzucić używaną wobec chorych i często nadużywaną nazwę »kataru płuc«. Autor podkreśla, że uleczalność »gruźlicy płuc« (w określonem powyżej znaczeniu) stoi w prostym stosunku do wczesnego rozpoznania i wczesnego rozpoczęcia leczenia. Waga, jaką ma wczesne rozpoznanie, wymaga, by w tym celu użyć wszelkich znanych sposobów, z których badanie plwocin co do prątków jest po większej części zbyteczne (dla właściwego rozpoznania; należy jednak badanie to wykonywać jak najsumienniej i często, ale w celach zapobiegawczych, ze względu na otoczenie chorego).

Wieloletnie osobiste doświadczenie autora w zakresie walki z gruźlicą nadaje jego rozprawce i w wielu innych jeszcze szczegółach wybitne cechy książki, nie pisanej »przy zielonym stoliku«, ale czerpiącej z życia wskazówki dla życia i realnych stosunków. Rozprawka tętni zapałem dla sprawy, z kart jej znać gorące przejęcie się społeczną stroną zagadnienia. Tem też wytłómaczyćby można kilka wycieczek autora poza właściwe ramy pracy (str. 30—32, 46) na pole reform społecznych i administracyjnych. Poruszone tam zagadnienia ustawodawcze i ekonomiczne są niewątpliwie niezmiernie ważne; w rozprawce są one jednak jakby tylko epizodycznym dodatkiem, zasługiwałyby zaś na to, by je autor szerzej osobno opracował. Z drugiej jednak strony są one nie ostatnim z powodów, dla których z rozprawką Dra Janiszewskiego godzi się zapoznać każdemu uspołecznionemu lekarzowi. *Z.*

Dr J. Polak: **Kalendarz lekarski na r. 1909.** Warszawa, 1908. Zasłużonem powodzeniem cieszący się warszawski kalendarz lekarski dra J. Polaka nie różni się w roku bieżącym co do układu i postaci od roczników poprzednich. Oprócz tabeli dawkowania lekarstw, rozpuszczalności różnych przetworów, kąpieli leczniczych, wymiarów ciała i tym podobnych drobniejszych zapisków, zawiera kalendarz rozdziały o ratowaniu pozornie zmarłych, pomocy przy ukąszeniu przez zwierzęta wściekłe, o otruciach, zestawienie wybuchowych mieszanin środków lekarskich, długość okresu wylęgania chorób zakaźnych, spis zdrojowisk, podręcznik terapeutyczny, opracowany przez wybitnych klinicystów warszawskich, nowe środki lekarskie, surowice lecznicze i t. p., a w dziale informacyjnym spis wszystkich lekarzy, praktykujących w Królestwie polskiem i schematyzm lekarski Towarzystw, urzędów lekarskich, szpitali, lecznic, pracowni, aptek, oraz personalu lekarskiego dróg żelaznych. Nie ulega wątpliwości, że kalendarz ten może i powinien zastąpić wszelkie podobne wydawnictwa obcojęzyczne i że Kolegom w Królestwie polskiem odda dobre usługi. *Z.*

Vocho de Kuracistoj. 1 Jaro, 1908. Nr 1—10, Lwów. Wobec wzrastającego ruchu Esperanto podjął dr Mikołajski we Lwowie śmiałą próbę stworzenia pisma, któreby w nowym języku pośredniczyło w międzynarodowych stosunkach lekarzy całego świata, przedewszystkiem w sprawach zawodowych. Pismo, mogące niewątpliwie przynieść pożytek, zwłaszcza, gdyby na międzynarodowe zjazdy dopuszczony został esperanto, rozpoczęło wychodzić w marcu r. b., zrazu jako dodatek do »Głosu lekarzy«, już jednak od kwietnia, jako samodzielny miesięcznik i zdołało pomimo skromnych zrazu początków przełamać pierwsze trudności i zjednać sobie pokaźne koło czytelników oraz współpracowników wszelkich narodowości, przyjaźnie spotykających się na wspólnym neutralnym terenie. Już w Nrze 3 rozpoczął »Vocho« niewątpliwie użyteczną, a ciekawą międzynarodową ankietę w sprawie tajemnicy lekarskiej; w dalszych zeszytach podał kodeks deontologiczny, przyjęty przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską, artykuły o Izbach lekarskich w Austryi, o syndykatach lekarskich we Francyi i t. p. Kończąc rocznik pierwszy istnienia, zapowiada »Vocho«, że w roku przyszłym prócz spraw zawodowych zdawać będzie sprawę z ruchu naukowego w postaci krótkich wyciągów z piśmiennictwa różnych narodów, a po dojściu liczby abonentów do 500, zwiększy swą objętość. Dotychczasowa działalność przemawia na korzyść pisma, które zasługuje na poparcie lekarzy, interesujących się rozwojem nowego ruchu. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Jessen. **W sprawie ulepszonego leczniczego stosowania tuberkuliny.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 34). Ponieważ z badań Armand-Delillea wynika, że zserowacenie wywołuje toksyna, rozpuszczalna w eterze, przeto autor stosuje tuberkulinę odtłuszczoną. Dawkowanie stałe, bez zwiększania dawki, — minimalne (1/100,000 cm), przerwy długie. Wyniki nieraz w daleko posuniętych nawet przypadkach miał autor osiągać bardzo pomyślne. *Dr M. Godlewski.*

Burckhardt-Socin i Schlaginweit. **Gruźlica prosówkowa i posocznica z niezwykłemi wrotami zakażenia.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908. Nr 24). Autorowie spostrzegali u chorego ze staremi zmianami gruźliczemi w płucach i dłuższy czas trwającemi zmianami gruźliczemi w gardle i krtani rozwinięcie się gruźlicy prosówkowej i posocznicy, bakteryologicznie stwierdzonych. Sekcya potwierdziła rozpoznanie. Punktem wyjścia posocznicy były niewątpliwie wrzody gruźlicze w krtani, punktem wyjścia gruźlicy prosówkowej dawne zmiany gruźlicze w płucach. Jako powikłanie choroby wystąpiły dwa ropnie gruźlicze w stawie barkowym i w kości promieniowej, z których ropa zawierała jedynie prątki Kocha. Przypadek, zdaniem autorów, jest bardzo ciekawy ze względu na rzadkość powikłania gruźlicy prosówkowej z posocznicą. *Dr Skórczewski.*

Dopter i Raymond Koch. **Poszukiwanie dwoinki zapalenia opon w jamach nosowych.** (*Presse méd.* 1908, Nr 88). Autorowie dochodzą do następujących wniosków: Meningokoka należy szukać nie w jamach nosowych, ale w jamie nosowo-gardłowej, gdzie wybiórczo się sadowi i to nietylko u chorych na zapalenie opon mózgowych, ale także i u »roznosicieli drobnoustrojów«. Bezpośrednie badanie mikroskopowe śluzu, dobytego z jamy nosowo-gardłowej, nie może służyć do rozpoznania meningokoka, gdyż wiele odmian podobnych do meningokoka może się tam znajdować tak u chorych, jak i u zdrowych. Same cechy morfologiczne jednego z tych drobnoustrojów jeszcze nie mogą być podstawą rozpoznania, nie można też wcale opierać się w rozpoznaniu na zbadaniu siły chorobotwórczej znalezionego drobnoustroju. Tylko dwie próby równocześnie dokonane pozwalają na ściśle rozpoznanie, a mianowicie: fermentacya cukrów (dekstrozy i maltozy) i aglutynacya przez swoistą surowicę. Obie te próby są konieczne i nawzajem się dopełniają. *Stahr.*

Waldvogel. **Jak badamy sprawność serca w godzinach przyjęć.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 32). Autor wnosi o sprawności serca z różnicy w ciśnieniu, mierzonem zapomocą przyrządu Riva-Rocciego, na chorym leżącym, a następnie bezpośrednio po wstaniu. Spadek lub rzadziej podniesienie się ciśnienia na 10 mm rtęci zdarza się, zdaniem autora, w granicach fizyologicznych. W sprawach chorobowych, jak miażdżyca, otłuszczenie serca, alkoholizm, są te różnice często o wiele znaczniejsze. Jeżeli serce może jeszcze przeciwdziałać podwyższeniem ciśnienia, to ciśnienie wzrasta, w przeciwnym razie opada, gdy chory wstanie. W czasie objawów zastoinowych spotykamy, — tak jak i przy niedomykalności zastawki dwudzielnej, — nieznaczny spadek lub takąż zwyżkę w ciśnieniu po wstaniu w porównaniu z ciśnieniem u chorego leżącego. Zachowanie się ciśnienia w tym względzie nie różni się od stosunków, w których lewa komórka serca pracuje prawidłowo. (Już ten ostatni szczegół każe chyba wartość metody uważać za bardzo problematyczną). (*Przyp. sprawozd.*). *Dr M. Godlewski.*

Hampeln. **Uwagi nad zwężeniem ujścia żylnego lewego.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 30). Autor na podstawie 535 przypadków wad sercowych, spostrzeganych przez lat ośmnaście w swej praktyce prywatnej, stwierdza, iż zwężenie ujścia żylnego lewego, nie połączone z niedomykalnością, klinicznie nie jest wadą tak rzadką, jak to podają anatomo-patologowie. W materyale autora było 165 zwężeń, 270 niedomykalności, 100 chorych z wadą skombinowaną ujścia żylnego lewego. Gdyby odjąć ze 165 zwężeń 120 tych, w których stwierdzono przerost serca, pozostaje jeszcze 45 niewątpliwie czystych niepowikłanych niedomykalnością zwężeń ujścia żylnego lewego. Zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą płucną zazwyczaj stwierdza H. niżej, niż podają podręczniki, mianowicie u przyczepu 3. lub 4. żebra do mostka. H. uważa zwężenie ujścia żylnego lewego za wadę serca najłagodniejszą i najłatwiej znoszoną (?), a sądzi,

że wada ta pozostaje nieraz nierozpoznaną przy nieobecności szmeru rozkurczowego nad końcem serca, gdy należałoby ją rozpoznać z zaostrzenia pierwszego tonu nad końcem serca, drugiego nad tętnicą płucną, wreszcie z rozdwojenia drugiego tonu nad końcem serca. H. sądzi, że niestosunek między częstością klinicznie spostrzeganej wady, a rzadkością przy obdukcyi może polegać na trudności stwierdzenia niedomykalności podczas sekcyi, czy też jej wyłączenia. *Dr Skórczewski.*

Bingel. **Przyczynek do obserwacyi klinicznej i bakteryologii paratyfusu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 33). Autor na zasadzie przeszło 40 własnych spostrzeżeń twierdzi, że paratyfus nie zawsze w swym klinicznym przebiegu przypomina dur brzuszny, nieraz sprawa ta klinicznie przebiega pod postacią ostrego nieżytu żołądka i jelit. Wymioty, — tak rzadkie przy durze brzusznym, — występują tutaj na plan pierwszy. Czyszczenie jest bardzo gwałtowne, często w postaci stolców wodnistych. Śledziona albo wcale nie ulega powiększeniu, albo, chociaż powiększona, bywa — w przeciwieństwie do duru — twarda. Ogólne upośledzenie przytomności jest znacznie mniejsze, aniżeli przy durze, często nawet brak go zupełnie. Różyczka zdarza się bardzo rzadko i jest mniej obfita, rzadkie też są objawy nieżytowe w zakresie narządu oddechowego, zwolnienie tętna mniej wybitne, gorączka mniejsza, niż przy durze, przebieg znacznie krótszy i rokowanie niemal zawsze pomyślne. Hodowanie bakteryi ze krwi prawie stale zawodzi, natomiast łatwe jest wyhodowanie ich ze stolców. O rozpoznaniu rozstrzyga aglutynacya, o ile przekracza stosunek 1: 80. Z powikłań spostrzegał autor jedynie krwotoczne zapalenie nerek.
Dr M. Godlewski.

Würz. **Badania porównawcze nad wydzielaniem żołądka po obiedzie próbnym Riegela, śniadaniu próbnem Ewalda i zupie Sahliego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 24). Autor na podstawie badań, polegających na podawaniu ludziom ze zdrowym żołądkiem i chorym na żołądek kolejno wszystkich posiłków próbnych, dochodzi do przekonania, że najodpowiedniejszym do badania zdolności wydzielniczych błony śluzowej żołądka jest dający najwyższe wartości obiad próbny. Słabszym bodźcem jest zupa Sahliego, najniższą kwaśność wywołać ma śniadanie próbne Ewalda. Doświadczenia swoje wykonał W. tak na chorych ze zwiększoną kwaśnością, jak i na chorych z upośledzonem wydzielaniem kwasu solnego. *Dr Skórczewski.*

Ehrmann. **Przyrząd do wydobywania treści żołądkowej.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 25). Trudność używania aspiratorów przez lekarza praktycznego skłoniła autora do podania nowego przyrządu. Jestto balon aspiracyjny, połączony za pośrednictwem małego zbiornika z rurką szklanną, na której jeden koniec zakładamy zgłębnik żołądkowy, na drugi rurę gumową, odprowadzającą otrzymaną treść. Tę rurę zaciskamy palcem po uprzedniem ściśnięciu balonu. Treść żołądkowa pod wpływem ujemnego ciśnienia zapełnia zgłębnik i rurkę szklanną, a w razie otwarcia rury odpływowej wydostaje się na zewnątrz. Unikamy przytem tak nieprzyjemnego zanieczyszczania balonu aspirującego. *Dr Skórczewski.*

Prof. Bernhardt. **Leczenie choroby Basedowa.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 27). Autor zapatruje się bardzo sceptycznie na leczenie choroby Basedowa. Leczenie mlekiem kóz pozbawionych gruczołu tarczowego, z niego otrzymanym rodagenem, leczenie antytyreoidyną Möbiusa, uzyskaną z surowicy krwi barana, któremu wycięto gruczoł tarczowy, zawiodło. Operacya, polegająca to na usunięciu połowy gruczołu, to na podwiązaniu naczyń tętniczych gruczołu, to wreszcie kombinacya obu metod daje dobry wynik tylko u ludzi, u których gruczoł tarczowy jest zmieniony (secundäre Basedowe), natomiast zazwyczaj zostaje bez skutku w pierwotnej chorobie Basedowa. B. przestrzega przed stosowaniem zabiegu u ludzi ze zwyrodnieniami w narządach wewnętrznych, dalej nie radzi go stosować, jeśli choroba nie sprawia zbyt wielkich dolegliwości. Leczenie elektrycznością, czy to według klinicznie podawanej metody niewielkim prądem galwanicznym, czy to faradyzacyą według Vigouroux, dotychczas w Niemczech niedosyć wypróbowane, nie daje zbyt pewnych wyników, jednak jest zawsze zupełnie nieszkodliwe (a to już wiele). W ten sposób uważa autor za czynniki, wywołujące w chorobie tej podczas leczenia polepszenie, bezwzględny spokój psychiczny i fizyczny, dyetę pożywną nie drażniącą, lekkie zabiegi wodoleczniczc. Poleca dalej pobyt w wysokich górach, jako bardzo korzystny. Zazwyczaj towarzyszącą chorobie Basedowa niedokrwistość, radzi B. zwalczać żelazem, arsenem, chininą; sam używa chętnie pigułek według przepisu Erba: *Extr. Strychni 0,6—08 Ferr. red. chin. sulf. aa 2—2,5 Extr. gent. etc. m. f. pill. N. 60 S. 2 r.* po dwie pigułki do 3 r. po 2 pigułki. *Dr Skórczewski.*

Ehrmann. **Ciężka cukrzyca w następstwie zakażenia kiłowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 30). U chorego z wysypką kiłową wystąpiły typowe objawy cukrzycy, jak wzmożone pragnienie i łaknienie, osłabienie i wychudnięcie. Ilość moczu wzrosła do ilości 4 litrów na dobę. Cukru wykryto około 8%, a odczyn na kwas acetooctowy i aceton był dodatni. Wbrew przewidywaniom przypadek ten skończył się wyleczeniem, a chory po zastosowaniu dyety przeciwcukrzycej w przeciągu 8 dni przestał wydalać cukier. Cukrzyca trwała około 50 dni. Przed wyjściem z kliniki podano choremu 150 gr cukru z wynikiem ze względu na obecność cukru w moczu ujemnym. Również dalsze przeprowadzenie uprzednio przerwanego leczenia rtęciowego nie wpłynęło na wydalanie moczu. *Dr Skórczewski.*

Forschbach. **Parabioza i cukrzyca trzustkowa.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 21). Autor, stwarzając zapomocą zabiegu operacyjnego trwałe połączenie przez złączenie otwartych jam brzusznych 2 młodych psów, wycinał jednemu z nich trzustkę i badał zachowanie się wydalonego moczu u obu. Dwa tylko doświadczenia uwieńczone były pomyślnym wynikiem; w pierwszym przypadku od chwili wyjęcia do niewytłómaczonej śmierci psa z niewyciętą trzustką upłynęło zaledwie 36 godzin, a przez ten czas badanie moczu wykazywało tylko ślady cukru w moczu psa nieoperowanego; w drugiem doświadczeniu czas spostrzegania, t. zn. od chwili operacyi do rozłączenia zwierząt wskutek powiększającej się rany, wynosił 4½ doby. I tutaj z początku F. cukru nie stwierdzał, a następnie cukromocz bardzo nieznaczny (0·2—0·4%). Po rozłączeniu zwierząt pies z wyciętą trzustką zmarł w 24 godzin na zapalenie otrzewnej, w czasie jednak przedśmiertnym wydalał mocz o wysokiej zawartości cukru. Autor sądzi, że parabioza wpływa hamująco na występowanie cukrzycy trzustkowej, albo ją całkiem usuwa, jednak konieczne są dalsze doświadczenia w tym kierunku. *Dr Skórczewski.*

Doc. Determann. **Zachowanie się lepkości krwi przy podawaniu jodu.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 20). Sprawdzając wyniki pracy Müllera i Inady co do zmniejszania się lepkości krwi podczas podawania jodu, doszedł D. do innych wyników. Mianowicie posługując się u 12 chorych to przez poprzednich autorów używaną metodą Hirsch-Becka, to swoją własną, stwierdzał po podawaniu jodu w postaci jodku potasu lub sajodyny większe lub mniejsze obniżenie, jednak również często podwyższenie lepkości krwi. Błąd w podawanych przez Müllera i Inadę przypadkach mógłby polegać na usunięciu wpływu wyskoku podczas leczenia jodem u ludzi młodych i prawdopodobnie będących miernymi alkoholikami. *Dr Skórczewski.*

Neurologia.

J. A. Sicard. **Nakłuwanie kanału kręgowego i guzy mózgowia.** (*Presse med.* 1908, Nr 88). Ze względu na to, że w ostatnich czasach zjawiają się doniesienia o nieszczęśliwych przypadkach, a nawet zejściach śmiertelnych po nakłuwaniu kanału kręgowego, szczególniej w toku nowotworów mózgu, zwraca autor uwagę, że dla uniknięcia owych nieszczęśliwych powikłań należy przestrzegać przepisów następujących: 1) Przed każdem nakłuciem lędźwiowem powinien chory pozostawać w łóżku przez całą dobę. 2) Chory powinien leżeć na boku z nienniesioną głową. 3) Po nakłuciu powinien zostać w łóżku, leżąc na boku z głową niezbyt podniesioną, i to przez 48 godzin. Jeśli zaś wykonywa się nakłucie u chorego, u którego są objawy guza mózgowego, należy być jeszcze ostrożniejszym, i wtedy powinien chory pozostać w łóżku przed zabiegiem przez dwie doby w położeniu poziomem, z głową nisko ułożoną, w czasie nakłucia powinien chory leżeć na boku z głową lekko obniżoną, a po nakłuciu powinien pozostać w łóżku w tem samem ułożeniu przez 12—24 godzin, a potem przez 48 godzin zachować zupełny spokój, dalej leżąc poziomo w łóżku z głową lekko uniesioną. Wreszcie zwraca autor uwagę, że należy zaniechać nakłucia u chorego na nowotwór mózgu, jeśli ułożenie poziome wzmaga u niego ból głowy, nudności i zawrót głowy. *Stahr.*

Pedyatrya.

Doc. Pirquet. **Zachowanie się tuberkulinowego odczynu skórnego podczas odry.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 30). Zwróciwszy uwagę na spostrzeżenie Preisicha, iż u chorych na odrę tuberkulinowy odczyn skórny stale daje wyniki ujemne, wykonywał autor u 159 dzieci, chorych na odrę, co-

dzienne szczepienia od chwili przyjęcia do czasu wyzdrowienia. U 5 chorych wykonywał szczepienia przed chorobą; u tych zdołał stwierdzić odczyn dodatni, który podczas wystąpienia wysypki odrowej przestawał się ukazywać, powracając znowu w okresie ozdrowieńczym. Podczas okresu wysypki wynik szczepienia stale bywał ujemny. Po okresie wysypkowym u 30 chorych odczyn stawał się dodatnim. Znikanie to allergicznej zdolności ustroju podczas odry łączy P. z częstem rozwijaniem się zmian gruźliczych podczas odry i zwraca uwagę na rozpoznawczą wartość wyniku szczepienia ze względu na odrę.
Dr Skórczewski.

L. Landouzy i H. Gougerot. **Gruźlicze zapalenie zastawek serca u dzieci.** (*Presse méd.* 1908, Nr 90). Praca ta obejmuje opis dwóch przypadków wspomnianego cierpienia: jeden przypadek był sprawą wtórną w toku gruźlicy płuc i gruźlicy prosówkowej, a drugi był sprawą pierwotną ostrą z następową posocznicą gruźliczą. W drugim przypadku na sekcyi żadnych zmian gruźliczych dostrzegalnych gołem okiem nie stwierdzono, dopiero bakteryologiczne badanie zastawek serca (stwierdzenie prątka gruźliczego w tkance i szczepienie) wykryło istotę sprawy. Autorowie przypuszczają, że wiele wad serca, stwierdzonych u ludzi młodych, których początek odnosimy do pierwszych lat życia, może mieć przyczynę w nierozpoznanej gruźlicy zastawek, która nie sprowadziwszy zejścia śmiertelnego, stała się sprawą przewlekłą, i wreszcie wygoiwszy się, wywołała wadę danego ujścia. *Stahr.*

Birk. **Badanie nad wpływem tranu z fosforem na mineralną przemianę materyi zdrowych i krzywiczych oseskôw.** (*Monatschr. f. Kinderh.* 1908, XI.). Autor wykonał badania nad przemianą materyi dwojga dzieci zdrowych i dwojga krzywiczych, u każdego dwukrotnie: raz przed, drugi raz po zastosowaniu tranu z fosforem. Badania te rzucają nieco światła na ciemną dotąd jeszcze patogenezę krzywicy. Autor występuje przeciw wnioskom Arona, który u zwierząt przez żywienie pokarmem, nie zawierającym wapna, miał wywołać zmiany krzywicze i wnosił z tego, że krzywica powstaje skutkiem niedostatecznego dowozu wapna, i u dziecka przy piersi przyjmował fizyologiczny niedostatek wapna. Nie zgadza się takie pojmowanie z faktem, że właśnie przy karmieniu pokarmem, tak bogatym w wapno, jak pełne mleko krowie, spostrzega się często najcięższe przypadki krzywicy. Nie może więc chodzić o niedostateczny dowóz, lecz przeciwnie o nadmierne utraty wapna, fosforu i soli wogóle. Utraty te przy karmieniu mlekiem pełnem należy odnieść do wpływu niekorzystnego, jaki wywiera na bilans soli obecność większej ilości tłuszczu mleka krowiego. Tłuszcz mleka pełnego zdoła także u zdrowego oseska sprowadzić ujemne bilansy w wymianie soli (w szczególności wapna, magnezyi i fosforu). U dzieci krzywiczych wskazanem też jest ograniczenie ilości mleka, a zastąpienie go pokarmami węglowodanowymi mimo to, że zawierają one mniejsze ilości wapna, niż mleko. Jednak nie każdy tłuszcz działa równie niekorzystnie na przemianę materyi w zakresie soli. I właśnie tran z fosforem (chodzi tu prawdopodobnie o działanie samego tranu jako tłuszczu) wywiera wpływ bardzo korzystny na bilans solny, który u dzieci krzywiczych jest ujemny, albo bardzo słabo dodatni. Pod wpływem tranu zjawia się bilans dodatni, względnie staje się on wybitniej dodatnim. Odbywa się to za pośrednictwem zmiany stosunku tłuszczów obojętnych w przewodzie pokarmowym i w stolcu do mydeł, w których kwasy tłuszczowe związane są przeważnie z wapnem i magnezyą, i składniki te wyprowadzają w tej postaci z ustroju. Stosunek ten zmienia się u dzieci zdrowych, a jeszcze wybitniej u chorych, na korzyść tłuszczów obojętnych, stąd utraty wapna i magnezyi w postaci mydeł są znacznie mniejsze, i bilans tych składników staje się mniej lub więcej wybitnie dodatnim. — Podobny wpływ dodatni tranu z fosforem na bilans wapna stwierdzono już dawniej przy zmiękmieniu kości (osteomalacyi). *Lewkowicz.*

Mendelsson. **Leczenie wyprysku u oseskôw według Finkelsteina.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 42). W patogenezie wyprysku u oseskôw mają według nowych pojęć większe znaczenie zaburzenia odżywiania i pewne zboczenia ogólne, określane przez Czernego nazwą skazy wysiękowej, aniżeli czynniki zewnętrzne. Często też przez zastosowanie jedynie zewnętrznych środków nie zdołamy osiągnąć wyleczenia. Przy karmieniu sztucznem właściwą *materia peccans* jest według Finkelsteina serwatka mleka krowiego, zastępuje on ją więc ciowo, lub w całości kleikiem owsianym. Przepis na pokarm brzmi, jak następuje: Litr mleka strąca się pegniną, lub innym wyciągiem podpuszczkowym. Serwatkę usuwa się w całości, lub pozostawia tylko $^{1}/_{4}$. Skrzep przepuszcza się przez gęste sito włósiane, myje kilkakrotnie wodą i dodaje do niego kleiku owsianego z 20—40 gr cukru i ewentualnie z pozostawioną częścią serwatki do poprzedniej objętości. Pokarm ten zawiera mało soli, obficie białko i tłuszcz, dlatego nie nadaje się do karmienia dzieci, które tłuszczu nie znoszą w większej ilości. — W przypadkach cięższych należy zastosować pokarm bez serwatki. Trzeba jednak kontrolować mocz i, jeżeli ilość chlorków znacznie spadnie, dodać do pokarmu 2 gr chlorku sodowego. Ręce dziecka należy związać, aby uniknąć wszelkiego drapania. Leczenie zewnętrzne można zupełnie przerwać, a dopiero, kiedy nastąpi wyleczenie i pozostanie tylko łuszczenie, zastosować maść obojętną, lanolinę, lub pastę cynkową. Ciężar ciała opada z początku bardzo znacznie, utracie soli musi bowiem towarzyszyć utrata wody. Wejrzenie tych dzieci, przeważnie otyłych, nalanych, zmienia się wskutek tego raczej na korzyść. We wszystkich czterech przypadkach autora wynik leczenia był bardzo wybitny. *Lewkowicz.*

Chirurgia.

Grasmann. **Dwa przypadki ran kłutych prawej komory. Szew serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 46). Dotychczasowa statystyka poucza, że wyleczenie ran serca następuje w 10% przypadków. Natychmiastowa śmierć następuje w 26—30%, a najwięcej chorych umiera między 2. a 3. dniem po zranieniu. Najczęstszą przyczyną śmierci jest tak zwana tamponada serca, t. j. wypełnienie worka osierdziowego krwią tak silne, że serce niema już miejsca na ruchy. Z tej statystyki widać, że nieraz jest dość czasu na wykonanie zabiegu. — G. operował 2 przypadki ran kłutych serca; jeden z operowanych wyzdrowiał. Na podstawie tych przypadków doszedł G. do przekonania, że rozpoznanie zranienia serca może czasem być bardzo trudne. Upewnia co do rozpoznania siedziba rany zewnętrznej, szmery nad sercem, ewentualne rozszerzenie worka osierdziowego (prześwietlanie rentgenowskie). Dojść do serca można najszybciej przez wycięcie chrząstek żebrowych; dostęp przez międzyżebrze, nawet z przecięciem chrząstek, jest niewygodny, otwieranie płatowe jest niepraktyczne. Worek osierdziowy należy zawsze, dla dobrego przeglądu szeroko otworzyć; w razie krwotoku ująć serce w lewą rękę i wysunąć na zewnątrz. Serce szyje się zwykle pojedynczymi szwami jedwabnymi. Nie należy brać w szew brzegów za blizko od rany, bo przecinają mięsień. Często po operacyi dołącza się zakażenie; postępować więc należy bardzo często, lecz o ile możności nie sączkować. W razie otwarcia jamy opłucnej należy płuco zaraz wyciągnąć do rany i umocować celem zapobiegnięcia wytworzeniu się dużej odmy. *K.*

Alwin Ach. **Ciała obce przełyku.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 44). Przy ciałach obcych w przełyku wolno posługiwać się tylko pośrednimi sposobami badania, jak promieniami Röntgena i ezofagoskopią, natomiast bezwarunkowo nie wolno używać sondowania, bo przez nie nietylko nic zwykle się nie wykrywa, ale łatwo można wywołać uszkodzenie, albo też ciało, tkwiące wysoko, zepchnąć niżej w miejsce mniej dogodne do późniejszego wyjęcia. W przeważnej liczbie przypadków ciało obce więznie w górnej $^{1}/_{3}$ części przełyku, lub tuż nad wpustem, a rzadko koło rozdziału tchawicy. Przez ezofagoskop udaje się często ciało obce wyciągnąć w całości, lub też rozkawałkowane zapomocą odpowiednich przyrządów. W razie potrzeby operacyi przy ciałach, leżących nad wpustem, najlepiej wykonać nacięcie żołądka i przez ezofagoskop od strony żołądka ciało wyciągnąć. Przyrządów Gräfego i Weissa lepiej wcale nie używać. Lekarz praktyczny zrobi najlepiej, gdy chorego odeśle zawsze do specyalisty, zajmującego się ezofagoskopią. *K.*

Daneel. **Przypadki raka żołądka, spostrzegane w klinice heidelberskiej od r. 1898 do końca 1905.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 59, Z. II.). Pracę swą opiera D. na 400 operacyach raka żołądka. Co do wyników ogólnych, to według D. gastroenteroanastomoza przedłuża przy raku życie średnio o 4 miesiące, zaś wycięcie nowotworu o 14·5 miesięcy. Przy raku żołądka powinno się więc o ile możności wykonać przynajmniej połączenie z jelitem, a nie opuszczać bezczynnie rąk, i nigdy nie ograniczać się do laparotomii próbnej. W klinice heidelberskiej operuje się głównie zapomocą guzika Murphyego, wykonując gastroenteroanastomozę tylną, a przednią chyba tylko wtedy, gdy tylna ściana jest zajęta. Pętla doprowadzająca powinna być wzięta bardzo krótko, a otwory żołądka i kiszki o ile możności jak najmniejsze. Śmiertelność przy gastroenterostomii 14·5%. Wycięcie nowotworu obecnie coraz częściej się stosuje, ale śmiertelność jest dość wielka, bo wynosi 28·8% (dawniej 44·4%). *K.*

Jaeger. **Nowe leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 46). Nowy sposób, który J. gorąco zaleca, polega poprostu na zaleceniu zupełnego postu przez 2—3 dni i stosowaniu przez ten czas dwa razy dziennie przez pół godziny suchych baniek na podbrzusze. J. twierdzi, że nawet w tych przypadkach, w których operacya była wskazana, lecz chory na nią zgodzić się nie chciał, otrzymał dobre wyniki lecznicze, i dlatego zachęca do dalszego próbowania tego sposobu leczenia (!). *K.*

Alexander. **Wstrzykiwania 70—80% alkoholu do nerwów.** (*Tow. imien. Hufelanda.* Berlin, 8. X. 1908). Wstrzykiwania alkoholu stosować się powinno jedynie do nerwów czuciowych, albowiem ruchowe oddziaływają na te wstrzykiwania porażeniem lub zwyrodnieniem. Tak n. p. Alexander wywołał przez wstrzyknięcie u jednej chorej porażenie ze zwyrodnieniem w nerwie strzałkowym. Także wstrzykiwania w pnie nerwowe mieszane są ryzykowne. Do leczenia wstrzykiwaniami alkoholu nadaje się głównie rwa nerwu trójdzielnego i jego gałązek. Na jednem posiedzeniu wstrzykuje się 1—4 cm^3 alkoholu. Nawroty zjawiają się, ale nowe wstrzyknięcia je usuwają. Nawet i chirurgiczne zabiegi nie chronią jednak zupełnie od nawrotów, a usunięcie zwoju Gassera jest zabiegiem bardzo ciężkim, pociągającym za sobą czasem zejście śmiertelne. W 4 przypadkach rwy nerwu trójdzielnego otrzymał A. zapomocą wstrzykiwania alkoholu wyniki bardzo dobre, a w jednym szybkie i zupełne wyleczenie. *K.*

Walter v. Oettingen. **Leczenie stopy szpotawej u niemowląt przez lekarza praktycznego.** (*Mediz. Klinik* 1908. Nr 47). Leczenie stopy szpotawej u niemowląt powinno się zacząć o ile możności jak najwcześniej; jest ono łatwe i może je zawsze przeprowadzać lekarz praktyczny. Do ustalenia zmodelowanej nóżki poleca O. w tym celu opaskę barchanową, którą nalepia na skórę mastyksem. Opaska ta biegnie od grzbietu stopy ku pierwszemu palcowi, potem przez podeszwę, zewnętrzną część goleni, ponad kolanem, potem spiralnie pod kolanem znowu na goleń. Opatrunek zakładać należy przy kolanie zgiętem. Zmienia się go po 2 dniach, a potem robi jeszcze 2—3 opatrunków, leżących po tygodniu. Zwykle potem nóżka stoi już dobrze; ewentualnie u starszych dzieci poleca W. zakładania pasa (biegnącego podobnie) na noc i 3 do 4 razy dziennie miesienie w postaci odprowadzania nóżki w położenie stopy płaskiej. *K.*

Wrecle. **Leczenie zastarzałych złamań rzepki.** (*Med. Klinik* 1907, Nr 47). Przy zastarzałych złamaniach rzepki podano celem zbliżenia i złączenia oddalonych odłamków różne sposoby. Jedni podsuwają ku górze odłamek dolny (oddłutowanie przyczepu więzadła rzepki), inni zesuwają górny ku dołowi, lub też za radą Listera postępują dwuczasowo. W. uzyskał zupełne dobre wyniki przy stosowaniu sposobu Ferrasiego, który polega na tem, że z mięśnia czworogłowego wycina się płat, obraca go na rzepkę i przyszywa do więzadła rzepkowego. Płat ten działa następowo jako nowe więzadło. *K.*

Gatti. **Obłuszczenie nerek przy przewlekłem zapaleniu.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 87, Z. III). U chorego cierpiącego na przewlekłe zapalenie nerek wykonano najpierw obłuszczenie po jednej stronie. Wynik po zabiegu był dobry: ilość moczu i wydzielanego mocznika zwiększyła się, ilość białka z 12—20 spadła na 8—12‰. Obłuszczenie nerki drugiej. Ilość wydzielanego mocznika jeszcze się zwiększyła, białko spadło do 1—7‰. Wogóle stan zaczął się wybitnie poprawiać, zniknęły przypady sercowe, obrzęki zmniejszyły się i apetyt powrócił. W dobrym stanie przeżył operowany dwa lata. Sekcya stwierdziła wytworzenie się nowej torebki, która jednak, wbrew zdaniu Edebohlsa, była bardzo słabo unaczyniona. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

Fellenberg. **Hydrorrhoea gravidarum amnialis.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, Nr 47). Istnienia cierpienia tego dowiedli bezsprzecznie ginekologowie francuscy, poczem i Niemcy zmienili swe poprzednie oporne stanowisko. R. przytacza dalszy przypadek: 30-letnia wieloródka w 28. tygodniu ciąży skarży się na początkowo skąpe, a od 3 dni obfitsze odpływanie płynu żółtawego z części rodnych, trwające od $^1/_2$ miesiąca. Macica do pępka, obkurczona około płodu, tętno płodu wyraźne, brak czynności porodowej. Rokowanie niepewne. Przez 6 następnych tygodni odpływały ciągle wody, poczem potknęła się chora na schodach; od owej chwili ustało odpływanie wód i znikły ruchy płodu. Po tygodniu wystąpiły bole, wypadła pępowina nie tętniąca i rączka przy położeniu poprzecznem płodu. Obrót na nóżkę; wodogłowie; zupełny brak wód płodowych; wygniecenie łożyska. Połóg podgorączkowy. Pępowina odchodzi od brzegu łożyska i biegnie 5 cm w fałdzie owodni, zanim się dostanie do worka płodowego. Kosmówka i owodnia odchodzą od łożyska w odległości 2—3 cm od jego brzegu. Owodnia elastyczna, ma w jednem miejscu otwór o średnicy 6 cm, o brzegach nie zabliźnionych. Z kosmówki zostały nieduże części w postaci pierścienia dokoła przyczepienia owodni, częścią jako strzępy na jej powierzchni.

W przypadku tym uderza brak krwawienia pomimo odchodzenia wód przez 94 dni. Krwawienia bowiem miały być cechujące dla *hydr. amnialis*, w przeciwieństwie do *h. decidualis* (Stoeckel, Seitz, Wiener). F. sądzi, że krwotoki tłómaczyć należy raczej ciążą pozabłonową (*grav. extramembranosa*) i uszkodzeniem doczesnej lub łożyska przez ruchy płodu. Zwykle spostrzegano położenie płodu miednicowe, co Holzapfel uważa za dostosowanie się płodu do zmniejszonej jamy macicznej. W opisanym przypadku mogło samo wodogłowie wywołać to położenie. Przerwa w odpływaniu wód od chwili obumarcia płodu jest zjawiskiem znanem, opisał je W. Ruth. Przypuścić stąd należy, że wody były głównie pochodzenia płodowego. *B. Wojciechowski.*

Ernst Gräfenberg. **Znaczenie morfologicznych składników krwi dla rokowania przy chorobach połogowych.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 85, zesz. 2). Hyperleukocytoza, występująca najczęściej, choć nie zawsze, w przebiegu połogowego zakażenia, nie ma stanowczego znaczenia dla rokowania, o ile zwiększoną ilość leukocytów zauważamy zarówno przy lekkich, jak i ciężkich formach chorobowych. Podobnie i mała ilość leukocytów w połączeniu z wysoką gorączką może być wyrazem bardzo ciężkiego śmiertelnego zakażenia septycznego, jeżeli ustrój jest już tak osłabiony i mało odporny, że nie jest w stanie wyprowadzić w pole swych sił ochronnych, jakoteż i lekkiego, jeżeli ochrony tej nie potrzebuje. Zwykle jednak brak hyperleukocytozy w połączeniu z ciężkimi objawami klinicznymi jest złym znakiem prognostycznym. Względne znaczenie ma również jakościowy stosunek i absolutne ilości neutrofilów, o ile wysokie ich ilości, występujące zwykle przy ciężkiem schorzeniu ustroju, spostrzegano czasem przy zakażeniach lekkich. Także ciałka eozynofilne, znikające ze krwi przy każdem ciężkiem zakażeniu połogowem, a występujące znowu dopiero w przebiegu ozdrowienia, małe mają znaczenie dla rokowania, o ile brak ich stwierdzić można u umierającej, jak i u położnicy, przychodzącej do zdrowia. W każdym razie obecność ich przemawia za lekką formą choroby. Leukocyty eozynofilne mają jednak wielkie znaczenie dla rozpoznania różniczkowego, o ile się je zawsze, nawet w zwiększonej ilości spotyka przy wszystkich chorobach połogowych na tle trypra, co zauważono również przy innych pozapołogowych cierpieniach tryprowych. A ponieważ zakażenie połogowe tryprowe zawsze przebiega korzystniej, aniżeli inne, można eozynofilię uważać za korzystny znak dla rokowania i wprost charakterystyczny dla rozpoznania. Bardzo ważne znaczenie prognostyczne ma procentowe oznaczenie ilości limfocytów małych. We krwi prawidłowej znajduje się 25% małych i 5% dużych limfocytów. Przy ciężkich zakażeniach ilość limfocytów małych znacznie się zmniejsza, czasem nawet poniżej ilości limfocytów dużych; wówczas rokowanie jest bezwzględnie złe. Ponowny ich przyrost przemawia za polepszeniem. Złym znakiem prognostycznym jest również przyrost ilości limfocytów dużych, szczególnie przewaga ich nad małymi. Według ostatniej teoryi Arnetha główne zadanie ochronne w ustroju w walce z drobnoustrojami przypada jedynie neutrofilom i to przedewszystkiem wielojądrzastym. W przebiegu zakażenia, wskutek wielkiego zapotrzebowania znikają one ze krwi, a przeważają formy młode jednojądrzaste, o mniejszem znaczeniu antytoksycznem. Stale wznosząca się krzywa ilości jąder neutrofilów przemawia zawsze za szybkiem wyzdrowieniem, stały natomiast nizki ich stan lub nawet spadek krzywej pogarsza rokowanie. I tu w przebiegu zakażenia tryprowego obraz krwi mało się zmienia. To też obraz ten w połączeniu z eozynofilią tem bardziej przemawia za zakażeniem tryprowem i pozwala dobrze rokować. *Dr E. Ehrenpreis.*

Heynemann. **Znaczenie paciorkowców hemolitycznych w zakażeniu połogowem.** (*Archiv f. Gyn.* T. 86, Z. I). Przyczyną gorączki połogowej najczęściej bywa paciorkowiec. Stwierdzono jednakże, że prawie u każdej położnicy, u której połóg przebiega prawidłowo, można znaleźć w pochwie paciorkowca, że paciorkowiec z bardzo ciężkich zakażeń miał bardzo małą siłę żywotną i odwrotnie. Znacznym postępem w wyjaśnieniu tej sprawy były badania Lenhartza, Canona, Frommego, mianowicie stwierdzenie paciorkowców równocześnie we krwi i w odcho-

dach połogowych. Schottmüller stwierdził, że paciorkowce, wyhodowane z ciężkiego zakażenia połogowego, miały własności hemolityczne, których to własności nie mają paciorkowce z zakażeń mniej ostro przebiegających.

Autor badał 125 przypadków zakażeń połogowych i z tych stwierdził w 4 przypadkach działanie paciorkowców hemolityczne, a te przypadki skończyły się śmiertelnie pomimo leczenia surowicami. U 18 położnic gorączkujących znalazł H. w odchodach paciorkowca, posiadającego własność hemolityczną, jednak nie mógł wykryć go we krwi i jakkolwiek w tych przypadkach były objawy ciężkiego zakażenia, jednak zakończyły się one pomyślnie. We wszystkich tych przypadkach gorączkowych tętno było zawsze powyżej 120 i przyspieszenie tętna zjawiało się wcześniej, niż podwyższenie ciepłoty. Szczególną jest rzeczą, że takie położnice ogólnie czują się dobrze; właśnie taki brak podmiotowych przypadłości zauważył autor także w przypadkach najcięższych, które się zakończyły śmiertelnie. Objawów zapalenia otrzewnej zwykle brak, gdyż zakażenia paciorkowcowe otrzewnej odznaczają się tem, że tak podmiotowe, jak i przedmiotowe objawy są bardzo nieznaczne. W przypadkach zapalenia błony śluzowej macicy (*endometritis*) (18 przypadków), wywołanej przez paciorkowce, posiadające własności hemolityczne, ciepłota do 3 dni opadała do poziomu prawidłowego i w tych przypadkach nie było ani zapalenia przymacicza, ani zakrzepu; jednakże po kilku dniach ciepłota znowu się podnosiła, przez przez cały czas można w odchodach wykryć paciorkowca hemolitycznego. W ciężkich przypadkach, w których nie znaleziono paciorkowca we krwi, a gdzie nie ulega wątpliwości, że się on do żył dostał, brak jego tłómaczy się tylko tem, że ustrój osobnika, posiadający dużą odporność, zniszczył wszystkie paciorkowce. — Autor stwierdza, że w tych przypadkach, w których stwierdzono paciorkowce we krwi, surowica przeciwpaciorkowcowa nie miała żadnego działania; co do zapobiegawczych wstrzykiwań surowicy, to autor niema własnego doświadczenia. U wszystkich położnic gorączkujących, u których nie wykryto paciorkowca, mającego własność hemolityczną, ciepłota nigdy nie dochodziła do 40° C., rzadko powyżej 39° C., a tętno stale było niżej 100, wogóle nie było odpowiednie do ciepłoty. Według spostrzeżeń autora byłoby rzeczą ze względu na rozpoznanie, rokowanie i leczenie bardzo ważną, stwierdzić w każdym przypadku, czy mamy przed sobą zakażenie paciorkowcem hemolitycznym, czy też nie. *Dr Schlank.*

Fabre i Trillot. **Niemożność zatrzymania moczu, trwająca 6 miesięcy, uleczona wstrzyknięciem parafiny.** (*L'obstétrique* 1908, Nr 8). U wieloródki od drugiego porodu wystąpiła niemożność utrzymania moczu postępująca tak, że najmniejsze wstrząśnienie wywoływało mimowolne odchodzenie moczu. Fabre wstrzyknął w tkankę cewki parafinę celem zwężenia światła cewki i dania punktu oparcia zwieraczowi, którego czynność była niewystarczająca. Odrazu po wstrzyknięciu objawy moczowe ustąpiły i chora, odtąd kilkakrotnie co jakiś czas badana, pozostała zupełnie zdrowa i uleczona.

Dr Stanisław Przybylski.

Franz Schultze. **W sprawie skrętu szyi macicy włókniakowej.** (*Gynaek. Runds.* 1908, Z. 21). B. S. Schultze zebrał do roku 1906 zaledwie 53 przypadków tego rzadkiego i ciekawego cierpienia. Niekiedy już nieznaczny skręt o 90° wywołuje gwałtowne objawy, jeżeli nagle wystąpił. Wydłużenie i ścieńczenie szyi macicznej może być bardzo znaczne, w postaci postronka długości do 5 cm. Dolegliwości pęcherzowe zdarzają się rzadko przy skręcie macicy, wskutek częściowego odklejenia się pęcherza od szyi macicy. Spostrzegano natomiast często silny obrzęk przydatków i wylewy krwi, towarzyszące skrętowi macicy, jako następstwo znacznego bardzo przemieszczenia wskutek naciągnięcia więzadeł. Schultze dopatruje się skłonności do skrętu przy szeroko usadowionym włókniaku trzonu, z wydłużeniem szyi, przy wiotkich powłokach. Ruch nagły może być bezpośrednią przyczyną powstania skrętu. Rozpoznanie przed operacyą udało się tylko raz jeden, postawił je Switalski przy skręcie o 90°. Przy rozpoznaniu uwzględnić należy podrażnienie otrzewnej, przedwczesne ustanie miesiączki wskutek zaniku przewodu szyi i zmiany w położeniu więzadeł i przydatków.

S. opisuje przypadek własny: Chora 30-letnia, ostatnia miesiączka przed 8 dniami. Od roku bole w krzyżach i dołem, z początku z dolegliwościami pęcherzowemi, które ustąpiły. W brzuchu guz macicy wielkości głowy, na nim zgrubiałe przydatki na powierzchni przedniej od strony prawej, poniżej nich silnie wyciągnięte więzadło szerokie lewe, przyczepione poniżej trąbki, dążące od strony lewej ku górnemu prawemu kątowi guza. Guz mało ruchomy, bolesny. Przez pochwę: szyja przechodzi w guz, w zatoce Douglasa jajnik prawy. Rozpoznanie skrętu macicy potwierdziła operacya, stwierdzająca skręt w szyi od strony lewej ku prawej o 90°; ściana przednia macicy zwrócona ku stronie prawej, w tylnej ścianie macicy duży włókniak. Wycięcie macicy, wysączkowanie przestrzeni podotrzewnej. *B. Wojciechowski.*

Okulistyka.

Rollet. **Postacie kliniczne zmian kilakowych tęczówki.** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 5). Autor rozróżnia 3 postacie kliniczne kilakowych zmian tęczówki; 1) *Iritis gummosa circumscripta*, 2) *Pseudo-hypopyon gummosum*, 3) *Infiltratio gummosa diffusa*. Pierwsza postać jest najbardziej znana. Niektórzy autorowie zaliczają ją do zmian kiłowych drugorzędnych, uważając guziczek na tęczówce nie za kilak, lecz za guzek (*papula*). Autor jednak twierdzi stanowczo, że zmiana ta mimo, iż występuje we wczesnych okresach kiły, jest zmianą trzeciorzędną, dającą się z łatwością wyleczyć zapomocą energicznie stosowanych środków swoistych: wcierań i jodu. Druga postać klinicznie nie różni się prawie wcale od zwyczajnego *hypopyon*, tylko wywiady, brak wrzodu na rogówce, wreszcie równoczesne zmiany kiłowe w innych okolicach ciała, mogą nas naprowadzić na właściwe tło cierpienia. Energiczne leczenie swoiste i tutaj święci tryumfy. *Iritis gummosa diffusa* zdarza się w przypadkach kiły wyjątkowo złośliwej, gdzie ustrój osłabiony rtęci ani jodu nie znosi, względnie nie odnosi z ich zastosowania żadnej korzyści. *K. W. Majewski.*

Rochon-Duvigneaud. **Warunki skuteczności irydosklerektomii (operacyi Lagrangea).** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 3). Autor zwraca uwagę na zupełną bezskuteczność sklerotomii Weckerowskiej, która dowodzi, że zamknięta blizna twardówkowa nie może stać się blizną przesączającą. W tych przypadkach, w których sama irydektomia nie wystarcza, tembardziej wystarczyć nie może sama sklerotomia, operacya, stanowiąca pierwszy tylko akt irydektomii. Tak samo wystarczyć nie może w przypadkach jaskry przewlekłej i t. zw. prostej operacya Lagrangea, jeśli się przy niej nie wytnie kawałka twardówki w całej grubości. W takim bowiem razie działa ona tylko jako zwyczajna irydektomia. Twierdzenie to popiera autor spostrzeżeniami z własnej praktyki. Tylko w tych przypadkach jaskry przewlekłej lub prostej uzyskiwał trwałą poprawę, w których udało mu się utworzyć przetoczkę podspojówkową, czy to z płaskiem, czy z pęcherzykowatem zabliźnieniem. Tak więc, jeśli operacya Lagrangea ma zdobyć sobie prawo obywatelstwa w chirurgii ocznej, to musi polegać na stworzeniu prawdziwej blizny przesączającej. *K. W. Majewski.*

Landolt. **Wyniki kliniczne antepozycyi.** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 5). Na podstawie całego szeregu przypadków zezu towarzyszącego, względnie porażnego, dowodzi Landolt wyższości antepozycyi nad tenotomią; przytem powtarza znane już z poprzednich prac argumenty. Dodaje do nich nowe zarzuty, skierowane przeciw tenotomii, mianowicie zaprzecza twierdzeniu jej obrońców, jakoby przecięcie i osłabienie mięśnia »zezującego« (Schielmuskel) mogło w jakiejkolwiek mierze przyczynić się do wzmocnienia działania jego mięśnia przeciwniczego. Potępia dalej jaknajostrzej wykonywanie tenotomii w przypadkach zastarzałych niedowładów i porażeń mięśni ocznych, stan bowiem, jaki stwarzamy przez tenotomię, nie różni się zewnętrznie wcale od niedowładu mięśnia. Tak więc naprzykład operowany z powodu porażenia mięśnia prostego zewnętrznego otrzymuje po operacyi niedowład mięśnia prostego wewnętrznego; do jednego niedowładu dodajemy zatem drugi. Jedynie uzasadnionym zabiegiem przy niedowładzie lub porażeniu mięśnia, gdy inne bezkrwawe sposoby leczenia zostały bezskutecznie wyczerpane, jest wzmocnienie osłabionego mięśnia, a zatem jego antepozycya. Nie trzeba się przytem obawiać nadmiernego wyniku, t. j. zezu przeciwnego, w razie, gdyby wbrew przewidywaniom pierwotne porażenie ustąpiło lub się zmniejszyło. Mięsień bowiem, przeszczepiony ku przodowi, posiadałby wtedy tylko pewien dodatkowy zapas siły, z której operowane oko korzystać będzie tylko o tyle, o ile tego wymaga pojedyncze widzenie obuoczne. Inaczej mówiąc, z nadmiarem siły mięśniowej oko w każdym wypadku sobie poradzi, szkodliwym może być tylko niedostatek siły, powstały wskutek ubytku jej z winy tenotomii.

K. W. Majewski.

Sivieys. **Zapadnięcie się twardówki przy operacyi zaćmy.** (*Opht. Klinik* 1908, Nr 10 i 11). Operacye wykonane były

u osób starych (69 i 59 lat). Bezpośrednio po cięciu pojawiła się tak znaczna hypotonia, że twardówka zupełnie się zmarszczyła, a rogówka do tego stopnia zapadła, iż soczewki nie można było zwyczajnym sposobem wydobyć, lecz trzeba było użyć pętli Snellenowskiej. Ani w jednym, ani w drugim przypadku nie nastąpiła żadna utrata ciała szklistego. Przebieg pooperacyjny i wynik optyczny tu i tam zupełnie były prawidłowe. Po zamknięciu rany oczy prędko się wypełniły, a wziernik żadnych zmian w głębi oczu nie wykrywał. Dodać należy, że do znieczulenia używa autor 5% rozczynu kokainy i zapuszcza ją przed operacyą 5 razy w odstępach 5-minutowych. Autor sam to uznaje, że wobec tego silnego rozczynu kokainy i podeszłego wieku operowanych nie należy się zbytnio dziwić tak znacznej hypotonii, postanawia na przyszłość używać 4% kokainy i zapuszczać tylko 3 razy. Niemniej jednak mechanizm tak znacznego zapadania się całej gałki ocznej, a zatem zmniejszenie się jej wartości bez widocznego wypływu czy to ciała szklistego, czy to jakiej cieczy wodnistej, pozostaje nadal zagadkowym i niewyjaśnionym. *K. W. Majewski.*

Noiszewski. **Druk prawidłowy** (*Nowiny lek.* 1908, Nr 4). Autor przypomina jedną ze swych prac dawniejszych, w której dowodził, że najkorzystniejsze dla wzroku są czcionki o zarysach równej grubości, gdy tymczasem przeważna część używanych druków ma litery złożone z grubszych i cieńszych pałeczek, przez co o wiele trudniej je czytać. Jednak i litery o zarysach równej grubości muszą odpowiadać jeszcze niektórym innym warunkom, jeśli nie mają być szkodliwe dla wzroku, mianowicie: 1) Musi być zachowany pewien określony stosunek między wysokością litery, a grubością jej zarysu. Doświadczenie dowiodło, że najkorzystniejszą jest 5 razy większa wysokość litery od grubości zarysu. 2) Zależność między polem objętem przez zarys litery i grubością zarysu musi być również odpowiednio dobrana. Litery o grubych pałeczkach, lecz stosunkowo zbyt małe, nie są wcale łatwo czytelne. 3) Odległość pomiędzy literami powinna być dwa razy większa od grubości ich zarysu. 4) Odległość pomiędzy wyrazami nie powinna być mniejsza od wysokości liter w wyrazach. 5) Odległość pomiędzy wierszami powinna być conajmniej równa półtorej wysokości liter w wierszu. 6) Grubość zarysu liter powinna wynosić średnio conajmniej 0,1 mm. Wyjątkowo mogą być używane druki o zarysach cieńszych niż 0,1 mm, np. 0,05 dla odległości 15 cm od oczu. *K. W. Majewski.*

John Green. **Tablice Verhoeffa do badania niezborności.** (*Ophtalmology Milwaukee*, 1908. Vol. IV nr. 1). Pierwsza z tablic Verhoeffa składa się z promienisto ułożonych linii grubych, wrysowanych w system kół współśrodkowych o cienkim zarysie. Badany astygmatyk ma wskazać, który promień przedstawia mu się najbardziej czarno, a który najbardziej blado. Kontrast występuje tu niezwykle wyraźnie dlatego, że grube linie promienisto ułożone, przecinają pod kątem prostym obwody kół współśrodkowych, które w pobliżu promienia najczarniej widzianego przedstawiają się właśnie jako najbardziej zatarte. Druga tablica przedstawia koło z dwoma grubo znaczonemi średnicami pionowo i poziomo. Prócz tego wpisane są w koło to cienkolinijne współśrodkowe kwadraty w ten sposób, że przekątnie ich połowią wszystkie cztery, między wspomnianemi średnicami zawarte kąty proste. I ta tablica może służyć do oznaczenia położenia głównych osi astygmatyzmu. Wedle przepisów Verhoeffa należy ją obracać w jednym lub drugim kierunku, póki badany astygmatyk obu grubo-linijnych średnic nie ujrzy zatartych w jednakim stopniu. Wtedy osie główne niezborności przebiegają wzdłuż przekątni wpisanych w koło kwadratów. *K. W. Majewski.*

Chavasse. **Przypadek nadmiarowości wysokiego stopnia z wykonaniem ścisłych pomiarów optycznych.** (*Révue gén. d'Opht.* 1908, Nr 3). U 21-letniego rolnika obydwa oczy zewnętrznie przedstawiały się prawidłowo i nie sprawiały wrażenia mniejszych, niż w stanie prawidłowym. Wziernikiem także żadnych zmian w ośrodkach łamiących ani na dnie oczu nie można było wykryć. Chory obchodził się bez szkieł, zbliżając tylko do oczu drobne przedmioty, podobnie jak to czynią krótkowidze. Bystrość wzroku wynosiła obustronnie $^1/_{45}$. Szkła wypukłe nie dawały żadnej poprawy. Przyrządem Jawala i Schivetza wcale nie można było stwierdzić niezborności rogówkowej. Za pomocą skiaskopii i badania w obrazie prostym stwierdzono na obu oczach 18,0 D nadmiarowości. Badanie szerokości akomodacyjnej nie dało pewnego wyniku, odnosiło się jednak wrażenie, że oczy nie są zdolne do najmniejszego wysiłku akomodacyi. Ścisłych pomiarów optycznych na oczach tego chorego dokonał Tscherrinng w swej pracowni w Sorbonie. *K. W. Majewski.*

Ferentinos. **O poczuciu ciemności.** (*Opht. Klinik*, Nr 7, 1908). Powszechnie przyjętem jest przypuszczenie, że oko (a raczej psychiczny ośrodek wzroku) wypełnia przestrzeń w polu widzenia, odpowiadającą plamce ślepej, wedle prawdopodobieństwa, stosownie do otaczającego ją tła. Jeśli zatem tło jest białe, różowe lub zielone, uzupełnia się brak w plamce Mariottea barwą białą, różową lub zieloną. Jeśli tłem są naprzykład na jednostajny deseń malowane tapety, wtedy oko uzupełnia brakujące w obrębie plamki szczegóły w desenin. Jeśli tło jest kreskowane lub kropkowane, wtedy widać w tem samem miejscu, tesame kreski lub kropki. Autor stara się rozumowaniem udowodnić, że to tłómaczenie jest niesłuszne i że przedewszystkiem oko widzi przestrzeń odpowiadającą plamce Mariottea, bo dla uświadomienia sobie jakiejś zamkniętej przestrzeni wystarczy, jeśli widzimy jej zewnętrzne granice, a te widzimy dlatego, ponieważ odczuwamy je częściami siatkówki, otaczającemi tarczę nerwu wzrokowego. Tylko treść, przestrzeń tę wypełniająca, a więc obrazy przedmiotów w niej zawartych, nie dochodzą zgoła do naszej świadomości. Analogicznie do tego zjawiska tłómaczy autor poczucie ciemności, jako poczucie dodatnie, a nie ujemne. Jest to uświadomienie braku wrażenia światła. Ślepy od urodzenia nie uświadamia żadnych wrażeń wzrokowych, nie może zatem widzieć także ciemności, którą odczuć może tylko oko widzące. *K. W. Majewski.*

Van Duyse. **Zatkanie tętnicy środkowej siatkówki, miesienie uciskowe, wyleczenie.** (*Arch. d' Oph.* 1908, Nr 3). Autor został wezwany do 72-letniej staruszki w godzinę po nagłem wystąpieniu ślepoty na oku lewem. Stwierdził nieruchomość źrenicy miernie rozszerzonej, brak poczucia światła, tętnice siatkówkowe nitkowate, puste, żyły również zwężone. Żyła skroniowa górna wypełniona słupkami krwi naprzemian wodojasnej i ciemno-czerwonej, poruszającymi się zwolna za każdym skurczem serca. Autor przystąpił natychmiast do wykonania energicznego miesienia gałki, połączonego z dość silnym uciskiem (*massage-pression*). Bezpośrednio po tym zabiegu wzrok powraca, chora zrazu widzi niewyraźnie, dostrzega palce, ale ich nie może policzyć. Badanie wziernikiem stwierdza, że tętnice i żyły odzyskały prawidłową szerokość, nadto w świetle tętnicy nosowej górnej, w obrębie tarczy widać wyraźnie czop ciemno-czerwonej barwy. Nazajutrz wzrok znacznie się poprawił, a trzeciego dnia oko odzyskało bystrość prawidłową i prawidłowe pole widzenia *K. W. Majewski.*

Schnabel. **O sposobie powstania jaskrowego zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego.** (*Zeitschr. für Augenh.* T. 19, z. IV). Prof. S. na podstawie swych badań mikroskopowych dowodzi, że wyżłobienie tarczy przychodzi do skutku przez zanik bezrdzennych włókien nerwowych w tarczy nerwu wzrokowego, z pozostawieniem niezmienionego zupełnie zrębu łącznotkankowego. Wśród przegródek łącznotkankowych pozostają zatem po zanikłych włóknach nerwowych mniejsze lub większe przestwory puste, których ściany stanowią dawne przegrody. Z biegiem czasu łącznotkankowe rusztowanie zapada się aż po blaszkę sitową, a naczynia środkowe z rozgałęzieniami, pozbawione podpory przesuwają się ku jednej ze ścian powstałego w ten sposób wyżłobienia. Blaszka sitowa nie ulega przy tem przesunięciu, chyba, że zanik włókien nerwowych doprowadzi do wytworzenia pustych przestworów także poza nią, przez co powstaje przestrzeń, w którą się ona zapada. Przyczyny zaniku włókien nerwowych autor nie objaśnia, podaje tylko liczne reprodukcye preparatów mikroskopowych, na których widać wyraźnie liczne przestwory wśród łącznotkankowych przegródek, powstałe w miejscu zanikłych włókien nerwu wzrokowego. *K. W. Majewski.*

Lesshafft. **Przyczynek do kazuistyki zatrucia atropiną.** (*Opht. Klinik*, Nr 6, 1908). Autor podaje dwa własne spostrzeżenia zatrucia przez wypicie kropli atropinowych. W pierwszym przypadku u 11-letniej dziewczynki, której podano łyżeczkę rozczynu atropiny 8%, zamiast lekarstwa przeciw kaszlowi, nastąpiło mimo energicznego ratunku w ten sam dzień zejście śmiertelne. W drugim przypadku posługaczka szpitalna dla uśmierzenia bólów miesiączkowych wypiła 3 gr. rozczynu atropiny, sądząc, że to kokaina. Tu nie odrazu rozpoznano zatrucie atropiną, ponieważ chora wypierała się, jakoby cokolwiek zażyła. Wkrótce jednak wystąpił typowy obraz szału atropinowego i udało się chorą uratować przez wywołanie wymiotów, przepłukanie żołądka, podanie wielkiej ilości czarnej kawy i wstrzykiwania morfiny. W razach wątpliwych pod względem rozpozna-

wczym, zaleca autor próbę fizyologiczną, t. j. zapuszczenie kropli moczu osoby zatrutej, albo wymiocin do oka kota. Źrenica kota rozszerza się pod wpływem minimalnych ilości atropiny. Co do leczenia, to w pierwszym rzędzie wskazane jest przepłukanie żołądka nawet w tych razach, gdzie atropina nie dostała się do ustroju drogą przewodu pokarmowego, lecz n. p. podskórnie lub z worka spojówkowego, wiadomo bowiem, że alkaloidy, krążące we krwi, wydzielają się przedewszystkiem obficie z sokiem żołądkowym. Najlepszą odtrutką jest morfina, którą osoby zatrute atropiną znoszą zadziwiająco dobrze, nawet w wielkich dawkach. *K. W. Majewski.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Atoksyl w kile zaleca Salmon na zasadzie swego bogatego doświadczenia tam, gdzie rtęci używać nie można. Salmon wykonał bardzo dużo wstrzyknięć, i nie spostrzegał ani razu powikłań ocznych. Miejsce wstrzyknięcia nie bywa bolesne, nie tworzą się zgrubienia, ani ropnie. S. wstrzykiwał 50 cgrm, a wyjątkowo 70 cgrm. Niektórzy chorzy otrzymali łącznie w przeciągu 165 dni do 21 grm. Czasem po kilku wstrzyknięciach zjawiają się objawy zatrucia arsenem w postaci nudności, wymiotów, bolów głowy, zawrotów lub duszności, ustępnją one jednak szybko przy podawaniu przetworów makowca. Około 12% chorych nie znosi atoksylu. S. uważa atoksyl za środek bardzo skuteczny w kile. *K.*

Nalewkę eukalyptusową poleca Todd-White jako skuteczny środek do tamowania krwi w uporczywych krwawieniach, nawet n. p. u krwawców. Nalewką napaja się gazę i tamponuje. *K.*

O doświadczalnem leczeniu miał odczyt Ehrlich 31. X w Berlinie na posiedzeniu niemieckiego Towarzystwa chemicznego. Zdaniem Ehrlicha badanie działalności i skuteczności środków lekarskich powinno być przedewszystkiem udziałem patologa, a nie farmakologa, albowiem badać powinno się na ustroju chorym, a nie zdrowym. Fakt, że pewne barwniki łączą się zawsze tylko z pewnemi tkankami (n. p. barwią tylko jądra, tłuszcz, protoplazmę, tkankę nerwową i t. p.) naprowadził Ehrlicha na myśl szukania środków, któreby miały powinowactwo jedynie do drobnoustrojów i pasorzytów, a nie szkodziły samemu ustrojowi, jak to czynią obecnie używane środki odkażające. (N. p. sublimat jest bardzo silnym środkiem odkażającym, jednakże działa on trująco na tkanki nawet wtedy, kiedy jeszcze na drobnoustroje nawet nie zaczął działać). Że cel da się osiągnąć, dowodzą już dotychczasowe próby z arsenem. Przez procedury chemiczne można uzyskać z arsenu przetwory, które z jednej strony są dla ustroju znacznie mniej trujące, niż sam arsen, a z drugiej znacznie silniej działają na pasorzyty. Ustrój ludzki jest sam niejako pracownią chemiczną, i dlatego zupełnie inne wyniki osiągamy przy doświadczeniach »in vitro«, niż w doświadczeniach u ludzi. Z biegiem czasu uda nam się jednak wynaleść takie przetwory, które w ustroju zmieniać się będą w ciała »wyjaławiające zupełnie ustrój« z danego zakażenia bez szkody dla tkanek. *K.*

Leczenie krwawiączki wstrzykiwaniami surowicy omawia Labbe. Do wstrzykiwań (10—20 cm³ do żyły ramieniowej) używać należy surowicy świeżej, najlepiej z człowieka, konia lub królika, ewentualnie także i przeciwbłoniczej. Wstrzykiwać należy co kilka miesięcy. Surowica działać ma także przy krwawiączce tamująco, stosowana miejscowo na miejsce krwawiące. *K.*

Porażenia błonicze leczy Koth bardzo wielkiemi dawkami surowicy i wstrzykiwaniami (3—6 mg) strychniny. *A.*

Płonicę po urazie palca spostrzegał Bernstein u 7-letniej dziewczynki. Wysypka ukazała się najpierw wzdłuż naczyń limfatycznych chorej ręki, a potem dopiero przeszła na szyję i klatkę piersiową, i wtedy zjawiło się także zapalenie gardła. W miejscowości tej nie było przedtem płonicy, a przyniosła ją do domu chorej 8 dni przed wystąpieniem choroby pewna dziewczyna, przyszedłszy z miejscowości, nawiedzanej płonicą. *A.*

W czerwonce u dzieci polecają Pires i Moncorvo lewatywy z kolargolu 1—5 ‰. *A.*

Muchy mają być często rozsadnikami duru (Allg. Mil. Zeitg Nr 45). Spostrzegano epidemie duru z chwilą pojawienia się much, a w odchodach ich wykazano prątki durowe. Muchy zanieczyszczają pokarmy i zakażają je przytem. *K.*

Przy leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego należy podług Sonnenburga i Kothego zwracać bardzo wielką uwagę na leukocytozę. Proste zapalenie wyrostka cechuje zwykle ciepłota do 37·5, tętno do 92, i liczba ciałek białych 1500. W takich przypadkach olejek rącznikowy oddaje nieraz cenne usługi, ale lepiej nie używać go w praktyce prywatnej, lecz tylko w szpitalnej. (*Mitt. a. d. Gr.* T. 19, Z. 1). *K.*

W leczeniu czyraków poleca Grasmann wczesne głębokie krzyżowe cięcie z podpreparowaniem płatów, (by lepiej usuwać można obumarłą tkankę) i tamponadę z gorącego roczynu borsalicylu. Okoliczną skórę ochrania się przez posmarowanie tłuszczem. *A.*

Jad tężcowy poleca Bockenheimer zobojętniać odrazu w ranie zapomocą substancyi tłuszczowo-lepkich, jak tranu, parafiny, balsamu peruwiańskiego, waseliny itp. B. opiera się na doświadczeniach na zwierzętach, w których stwierdził, że substancye te mogą zapobiedz śmierci zwierząt lub przynajmniej życie przedłużyć. Na rany podejrzane poleca też B. prócz opatrunku zwykłego wodę utlenioną i tłuste maści lub balsam peruwiański z dodatkiem stałej antytoksyny. (*Lang. A.* T. 86). *K.*

Ciekawy skutek trepanacyi otrzymał Northrop z Nowego Yorku. Pewien obywatel, przedtem bardzo dzielny człowiek, doznał w r. 1891 urazu czaszki. Od tego czasu zmienił się zupełnie psychicznie, okazując wybitne objawy zwyrodnienia moralnego, zaczął kraść i pić nałogowo. W r. 1907 operacya w miejscu zranienia, usunięcie blizny i kości; od tego czasu wybitna poprawa. Chory znowu wrócił do stanu prawidłowego i pracuje dzielnie na polu przemysłu. *A.*

Operacyę Gleicha (przesunięcie guza piętowego na dół, ku przodowi i na wewnątrz) poleca bardzo Frisch (*A. f. kl. Chir.* 87) przy stopie płaskiej. Uzyskuje się przez nią bardzo dobre i pewne wyniki. *A.*

Przy kurczowej stopie płaskiej zaleca Hübscher stosowanie odpowiedniego poprawiającego wyciągu przez noc, gdyż w czasie snu wiotczeją wszystkie tkanki, a leczenie to przeszkadza choremu w zajęciach. W czasie dnia nosi chory odpowiednie wkładki. *K. A.*

Przy oparzeniach poleca Renner proszek złożony z 1 części bizmutu i 2 kaoliny. Działa on wysuszająco, zapobiega zakażeniu i łagodzi ból. Proszek sypie się na skórę i na to kładzie się zwykły opatrunek, który należy zmieniać codzień. Gdy strup się utworzy, zawijać należy miejsce oparzone borlanoliną. Niektórzy chorzy nie znoszą bizmutu. Postępowanie to jest znacznie tańsze od opasek Bardelebena. *A.*

Promienie Röntgena działają podług Blaschko bardzo dobrze w następujących cierpieniach skórnych: łuszczyca, przewlekłe wypryski, zwłaszcza głowy i około stolca i liszaj czerwony płaski. *K.*

„Halator“, nowy przyrząd do wdychiwania, podał Fränkel. Przyrząd ten godzinami utrzymuje ciepłotę 60—70°, przez co umożliwia wdychiwanie długie takich środków, jak mentol, tymol i balsam peruwiański. *K.*

Nowe perforatoryum podał Nacke z Berlina. Jest ono 24 cm długie, a 14 mm grube; zamknięte przypomina kształtem lancę. Przez skręcenie trzonka dzieli się ostry koniec narzędzia na 3 odcinki, które wycinają równe kółko w czaszce. Narzędzie wprowadza się zamknięte na 1—1·5 cm głęboko w czaszkę płodu, potem trochę się je cofa, otwiera, i przez obrót około osi podłużnej wycina okrągły, otwór. *A.*

Rurkę tchawiczną z ochraniaczem przeciw wykrztuszaniu zakaźnej treści z tchawicy na operatora podał Hofmann z Karlsruhe. Rurka wewnętrzna wystaje poza rurkę zewnętrzną, na końcu wystającym jest zamknięta, a otwór dla powietrza ma od spodu na wystającym odcinku. *K. A.*

Aby opatrunek gipsowy był lekki, należy podług Vogela dodać do proszku gipsowego następującej mieszaniny: *Gum. arab. 10,0, Amyl. 20,0, Cret. alb. 27,0, Alum. sulf. 60,0.* Wywiązuje się przez to przy zakładaniu obficie bezwodnik kwasu węglowego, który czyni opatrunek więcej porowatym. *K. A.*

Pulsometer, t. j. przyrząd do oznaczania szybkości krążenia krwi, podał Fellner z Franzensbadu. Z pomocą opaski zastoinowej wstrzymuje się na kończynie odpływ krwi żylnej, a manszetą Riva-Rocciego dopływ tętniczy. Wtedy obserwując koniec palca, oznacza się zapomocą odpowiedniego zegara,

ile czasu potrzebuje krew po usunięciu przeszkód, by dostać się na obwód. Stosunek drogi i czasu oznacza szybkość prądu krwi. W ten sposób stwierdzona szybkość krążenia krwi tętniczej wynosi 200—400 mm na sekundę, co odpowiada ilościom, stwierdzonym doświadczalnie na zwierzętach. *K.*

Higieniczny podtrzymywacz głowy dla chorych podał Albrecht. Składa się on z odpowiednio sporządzonej opaski i nadaje się do umocowywania okładów i worków z lodem na głowie, a także do przytrzymywania głowy przy czytaniu i t. p. *K.*

Mleko targowe w Lipsku zawiera prawie w 8—10% żywotne pątki gruźlicze. Widać z tego, jak konieczną jest ścisła kontrola mleka targowego pod tym względem. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dn. 18. listopada 1908.

Przewodniczy prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków 48.

1) Prezes wita jako gości: Dr Jeleńską i Dr Rosenblatównę z Łodzi; R. Dw. Dra Merunowicza ze Lwowa; Dra Dąbrowskiego z Łodzi; Dra Mazurkiewicza ze Lwowa.

2) Następnie wybrano komitet przedwyborczy. Do komitetu weszli: kol. Bielański, jako przewodniczący, kol. Akermann, Browicz, Bochenek, Buzdygan, Dobrowolski, Horoszkiewicz, Godlewski M., Habicht, Blassberg, Kostanecki, Damski, Lewkowicz, Murdzieński, Krzyszkowski, Korolewicz, Landau Jan, Murczyński, Lustig, Sikorska, Wachtel, Witaliński, Przybylski, Steuermark, Surzycki.

3) Prof. Kader przedstawia **przypadek zwężenia przełyku,** leczony zapomocą gastrostomii i rozszerzania od dołu, dwa przypadki **przeszczepienia ścięgna.**

W dyskusyi zabierają głos: kol. Karpiński, który zapytuje o wygląd śluzówki żołądka w przyp. I.; kol. Piltz omawia przypadek II.

4) Kol. prof. Piltz przedstawił przypadek **postępowego samoistnego zaniku mięśni.**

5) Dr Radliński przedstawił **modyfikacyę operacyi przepukliny udowej.**

6) Dr Mazurkiewicz wypowiedział rzecz: **Stosunek psychiatryi do psychyologii.** (Wykład ten wychodzi w »Przeglądzie lekarskim«).

W zastępstwie sekretarza: *Dr Owsiński.*

Stosunek psychiatryi do psychologii.

Napisał

Dr Jan Mazurkiewicz

Choroby umysłowe należą przeważnie do kategoryi najcięższych chorób wogóle. Często są groźne dla życia chorego lub jego otoczenia, mogą doprowadzać go przed kraty sądowe lub doprowadzać jego rodzinę do ruiny ekonomicznej. Prawie zawsze uniemożliwiają mu samodzielne zdobywanie środków do życia i wymagają mniejszej lub większej opieki ze strony ludzi zdrowych, tak, że prawodawstwa wręcz równają umysłowo-chorych z dziećmi nieletniemi.

Pomimo całego szeregu tak realnych i ciężkich skutków chorób umysłowych, nawet w tych kołach lekarskich, które się niemi specyalnie nie zajmują, jest bardzo rozpowszechnionem mniemanie, że psychiatrya tylko częściowo należy do zakresu nauk lekarskich i przyrodniczych, zaś przynajmniej w równej mierze należy do dziedziny metafizyki.

Każdy podręcznik psychiatryczny zajmuje się etyologią, przebiegiem, leczeniem, anatomią patologiczną chorób umysłowych, t. j. dzieli swój przedmiot na takie same kategorye, jak i wszystkie inne działy medycyny. Metody badania, któremi się posiłkuje przytem psychiatrya, t. j. spostrzeganie kliniczne, doświadczenie i mikroskop — są znowuż wspólne z metodami innych gałęzi medycyny. Wernicke krótko określa przedmiot psychiatryi, jako rozlane choroby układu kojarzeniowego mózgu, tak samo jak przedmiotem np. okulistyki, są choroby narządu wzrokowego.

Wnosząc z tego określenia, wydawałoby się, że psychiatrya nie potrzebuje jak gdyby wpraszać się dopiero do grona innych nauk lekarskich, i że przedmiot jej — zaburzenia układu kojarzeniowego mózgu — jest przyrodniczej, a nie metafizycznej natury.

Ale bardziej utartą nazwą jest nazwa »chorób umysłowych«, »chorób psychicznych«, i przy tem określeniu powstaje już szereg wątpliwości. »Umysł«, »świadomość«, »psychika« są nieuchwytne i niewymierne, wskutek czego uznawanie ich charakteru metafizycznego, transcendentalnego, zdaje się być uzasadnione.

Przedmiot psychiatryi posiada zatem pozornie pewien dwoisty charakter — w przeciwieństwie do innych gałęzi medycyny, których charakter jest pozornie zawsze jednolity. Tylko jedna psychiatrya raz określa swój przedmiot jako zaburzenia pewnego narządu ciała, to znów jako zaburzenia czegoś, co jest metafizycznem, — nieuchwytnem i niewymiernem.

Dwoisty charakter psychiatryi wyraża się także i w tem, że ona jedna ze wszystkich nauk lekarskich posiada dwojaką fizyologię: 1) zwykłą fizyologię mózgu i jego układu kojarzeniowego, i 2) fizyologię »umysłu«, »świadomości« czyli »psychiki«, t. j. psychologię.

Należy zatem stwierdzić, w jaki sposób psychologia określa swój przedmiot, gdyż poglądy psychologiczne w wysokim stopniu wpływały, a częściowo i do dnia dzisiejszego wpływają na losy psychiatryi.

Grecy i Rzymianie rozróżniali trzy psychiki, z której jedna była właściwie siłą życiową (ψυχή, *animus*), druga miała zdolność poznawania, odczuwania i chcenia (θυμός, *anima*), trzecia zaś była spokojnem myśleniem (νοῦς, *mens*). Już niektórzy Grecy zlewali te trzy dusze w jedną całość, która jako niematerыalna i nieśmiertelna dusza była przeciwstawiana ciału.

Ten pogląd dualistyczny był w dalszym ciągu rozwijany następnie przez pisarzy kościelnych, przez Descartesa, Leibnitza i innych filozofów i jest do dnia dzisiejszego panującym poglądem psychologicznym szerokich sfer inteligencyi i mas ludowych.

Już niektórzy lekarze wieków starożytnych poszukiwali przyczyn obłąkania w zaburzeniach cielesnych, mianowicie w gorączce i w nieprawidłowościach »soków cielesnych«.

»Niestety« — pisze znany psychiatra Kräpelin — »te zapatrywania, rozwinięte już do stopnia usystematyzowanej nauki, poszły prawie całkowicie w zapomnienie wraz z zanikiem starożytnej kultury. Na jej miejsce wkroczyły w wiekach średnich z jednej strony scholastyczno-filozoficzne, z drugiej zaś strony religijno-przesądne wyobrażenia w pojmowaniu obłąkania i szybko wyparły istniejące zaczątki przyrodniczego rozumienia rzeczy. Obłąkanie nie było już chorobą, ale dziełem dyabła, karą niebios, niekiedy boskim zachwytem. Już nie lekarz zajmował się badaniem i leczeniem psychicznie chorego. ale duchowny starał się zeń usunąć złe duchy; lud modlił się do obłąkanego, jak do świętego, a sędziowie skazywali go za jego urojone grzechy na pokutę w kaźni lub na stosie«.

Te znane fakty historyczne, przedstawione w powyższych słowach Kräpelina, były zatem przyczyną, która wywołała opóźnienie rozwoju psychiatryi naukowej, t. j. przyrodniczo pojmowanej, o wieki całe w porównaniu z innymi działami medycyny. Jeszcze Kant twierdził, że do oceny chorobliwych stanów umysłu bardziej jest powołanym filozof, aniżeli lekarz.

Rozwój przyrodoznawstwa w ostatnich stuleciach i rozwój psychiatryi dzisiejszej od czasów założenia jej podwalin przez Esquirola, wywołał złagodzenie krańcowo dualistycznego poglądu o tyle, iż zaczęto uznawać przyczynową zależność zmian psychicznych od zmian cielesnych. Sprawy fizyologiczne w mózgu i czynności psychiczne pojmowano teraz jako równoległe i stworzono t. zw. teoryą paralelizmu, która jest podstawą panującej dzisiaj psychologii, t. zw. fizyologicznej albo doświadczalnej. Psychologia paralelistyczna przejęła od dualistycznej pojmowanie świata cielesnego i psychicznego, jako dwóch kategoryi — wprawdzie zależnych od siebie — ale co do przedmiotu swojego zasadniczo różnych i niewspółmiernych. Zjawiska psychiczne pozostały więc w dalszym ciągu pewną antytezą zjawisk fizycznych, albo innemi słowy utrzymały pewien charakter metafizyczny.

[1] Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w dn. 18. XI. 1908.

Pomimo tego, pojmowanie tych dwóch kategoryi czynności, jako równoległych, było już wyraźnym postępem w porównaniu do dualizmu, gdyż zależność zjawisk psychicznych od cielesnych nieco krępowała zbyt daleko idące spekulacye. Dzięki temu zbliżeniu i uzależnieniu świata psychicznego od spraw biologicznych powstały specyalne działy doświadczalne psychologii porównawczej, psychologii dziecka, kryminalisty, wypowiedzi, które wykryły szereg faktów nowych i doniosłego znaczenia.

Już dzisiaj jednakże można wypowiedzieć twierdzenie, że psychologia paralelistyczna, w ogólnych zarysach uznawana i przez większość współczesnych psychiatrów, jest tylko naturalnym, historycznym okresem przejściowym do bardziej przyrodniczego pojmowania zjawisk psychicznych, jakie w ostatnich dziesiątkach lat znajdujemy w psychologicznych poglądach Avenariusa i Macha.

Ci dwaj uczeni, z których pierwszy jest znanym filozofem, a drugi znanym fizykiem, zupełnie niezależnie od siebie doszli do wyników prawie identycznych.

Filozof Avenarius wychodzi z założenia swojego »naturalnego pojęcia świata«, które przedstawia w sposób następujący: »Odrzuciwszy to, co z zewnątrz przyniosły przypadkowe i zmienne wpływy życia i szkoły, było tak: Ja ze wszystkiemi swemi myślami i uczuciami znajdowałem się w pośrodku pewnego otoczenia. Otoczenie to składało się z różnorodnych składników, które wzajem do siebie stały w różnorodnych stosunkach zależności. Do otoczenia należeli także bliźni z różnorodnemi wypowiedziami, i to, co oni wypowiadali, znajdowało się znowu najczęściej w stosunku zależności od otoczenia. Zresztą bliźni mówili i działali, tak jak ja: odpowiadali na moje pytania, jak ja na ich; wyszukiwali rozmaite składniki otoczenia lub unikali ich; zmieniali je, lub starali się je utrzymać bez zmiany; i to co robili, lub czego nie robili, oznaczali wyrazami i objaśniali przyczyny i zamiary swojego czynu lub jego zaniechania. Wszystko to tak samo, jak ja: stąd więc myślałem, że bliźni są istotami, jak ja, ja zaś istotą, jak oni«.

W tym faktycznie odnajdywanym składniku naturalnego pojęcia świata, — czyli w tym »odnalazku empiryokrytycznym« — jak go Avenarius nazywa, znajduje on dwie części przeciwstawne: jedna z nich obejmuje wszystko, należące do »mnie«, to znaczy należące do tego, co przez »Ja« oznaczamy, druga zaś — wszystko, należące do otoczenia. Tę zasadniczą koordynacyę, której członami są »Ja« i »otoczenie«, nazywa Avenarius zasadniczą koordynacyą empiryokrytyczną, w której człon »Ja« jest członem centralnym, zaś składniki przynależnego otoczenia — przeciwczłonami.

W ten sposób Avenarius, w przeciwstawieniu do dawniejszych filozofów, zamiast rozpatrywać stosunki abstrakcyjnych pojęć, opiera się na realnych stosunkach, o których nas poucza doświadczenie, i dochodzi do wniosku, że niema doświadczenia, któreby nie było albo »Ja«, albo jego »otoczeniem« (względnie częściowem określeniem »Ja« albo jego »otoczenia«). Jeżeli przy doświadczeniu »otoczenia« będziemy abstrahowali od »Ja«, pominiemy je, w takim razie zajmujemy się fizyką (w najszerszem tego słowa znaczeniu); jeśli zaś przy doświadczeniu »Ja« będziemy abstrahowali od »otoczenia«, to zajmiemy się psychologią. Ale w rzeczywistości »Ja« nie występuje nigdy bez »otoczenia«, a także doświadczenie »otoczenia« nie występuje nigdy, nie zawierając »Ja«.

»Jeżeli powiadam« — mówi Avenarius — »ja widzę drzewo, ma to jedynie znaczyć: pewne doświadczenie składa się z bogatszego kompleksu pierwiastków »Ja« i innego mniej bogatego kompleksu pierwiastków »drzewo«. Jeżeli przytem mówię, że drzewo istnieje nietylko dla mnie, ale że sądząc z tego, co mówią moi bliźni, to drzewo istnieje w taki sam sposób i dla nich, to tutaj nie przekraczam jeszcze granic dozwolonej analogii pomiędzy mną, a bliźnim. Ale przekraczam te granice, jeżeli mówię, że drzewo jest jako wrażenie, albo jako wyobrażenie w tym człowieku, to znaczy, jeśli ja wkładam weń drzewo (introjekcya), ponieważ wtedy przyjmuję dla mojego bliźniego coś, czego na żaden sposób nie znajduję w mojem własnem doświadczeniu, które mi podaje składniki otoczenia zawsze tylko w pewnym przestrzennym stosunku do mojego ciała, ale nigdy w mojej świadomości i t. p. Ponieważ introjekcya jest przekroczeniem doświadczenia, zatem każda próba pogodzenia jej z faktami doświadczalnemi musi stawać się niewyczerpalnem źródłem pozornych, nierozwiązalnych problemów. Starożytni problem taki rozwiązywali twierdzeniem, że od przedmiotów odłączają się ich »odbicia«, które wchodzą do wnętrza ciała — zaś współczesna psychologia zamiast tych materyalnych odbić mówi o metafizycznych »wyobrażeniach«. Oba rozwiązania są jednakowo błędne, bo w tej mierze, w jakiej się dochodzi do przekonania, że składniki otoczenia we wnętrzu ciała, są czemś innem, aniżeli zewnątrz ciała, w tej samej mierze muszą się one stawać — z chwilą, kiedy są wewnątrz — czemś zasadniczo różnem od otoczenia. Avenarius zatem nigdy nie mówi np. o wzrokowem wrażeniu lub wyobrażeniu drzewa, ale tylko o stosunku drzewa do ustroju, który je widzi lub widział. (C. d. n.).

Z wycieczki do uzdrowisk południowych.

W drodze do Korfu, d. 13 XI. 1908.

Za inicyatywą lekarzy karlsbadzkich, a za staraniem Dra Starka z Karlsbadu i Dra Castiglione, naczelnego lekarza Lloydu austryackiego, doszła w tym roku po raz pierwszy do skutku wycieczka naukowa lekarska w celu poznania najważniejszych uzdrowisk południowych. Wycieczka ta, wzorowana na podobnych wycieczkach niemieckich, odbywa się na słynnym z wygody i komfortu okręcie Lloydu austryackiego »Thalia«, który to okręt, jak dotychczas, zupełnie nie zawiódł naszego w nim zaufania. W wycieczce uczestniczy około 90 lekarzy wraz z żonami, przeważnie Niemców. Polaków jest nas 16, naczelnikiem »kolonii« polskiej wybrany został jednomyślnie członek komitetu urządzającego, Dr Obtułowicz ze Lwowa.

Jadąc ze Lwowa do Tryestu, zatrzymałem się kilka godzin w Peszcie, aby poznać również tamtejsze źródła mineralne. Najbliższa okolica Pesztu bardzo w nie obfituje, a co ciekawsze, ma ich najrozmaitsze rodzaje. I tak np. na prawym brzegu Dunaju wytryskują, jako studnie artezyjskie, cieplice siarczane (43—45° C); ujęte w odpowiednie baseny służą przeważnie do kąpieli. Na łące poniżej góry zamkowej są znowu znane źródła gorzkie, jak Hunyady-Janos, Rakoczy, Franciszka Józefa i inne, rozsyłane w ogromnych ilościach po całym świecie. Wreszcie jako wody stołowej używają Węgrzy przeważnie wody z wyspy Małgorzaty, która to woda, sprzedawana wszędzie i po cenie bardzo nizkiej, zastępuje im znakomicie niemiecki Gieshübler.

Osiem dni przed rozpoczęciem wycieczki można było korzystać z bezpłatnego biletu jazdy okrętem Lloydu z Tryestu do Wenecyi i z powrotem, z czego też wielu uczestników skorzystało. Właściwa wycieczka rozpoczęła się 10 listopada z Tryestu, skąd, po całonocnej podróży, dojechaliśmy wcześnie rano do Abacyi. Tu przyjął nas w imieniu komisyi zdrojowej prof. Glax, autor znanej powszechnie balneologii, z Polaków zaś Dr Górski i Ebers. Prof. Glax udzielił nam w formie krótkiego wykładu licznych objaśnień co do klimatu, urządzeń leczniczych i wskazań do leczenia w Abacyi.

Abacya, jak wiadomo, zawdzięcza swój rozwój Towarzystwu kolei południowej. W przeciągu około 30 lat rozwinęła się Abacya do tego stopnia, że gdy w roku 1888 było tu zaledwie kilka budynków, wynajmowanych dla przyjeżdżających tu gości, dziś jest ich przeszło 200. Ma ona wspaniale urządzone parki z drzew oliwnych, ścieżki do leczenia terenowego metodą Oertla, kilka sanatoryów, wyposażonych we wszelkie urządzenia dla leczenia fizycznego, doskonałe kąpiele w wodzie morskiej ogrzewanej, lub zimnej. Tak zwany »Strandweg«, długa na kilka kilometrów droga, ciągnąca się po skałach nad samem morzem, jest doskonałem miejscem przechadzek dla chorych, jest bowiem, jako tylko dla pieszych przeznaczona, zupełnie pozbawiona kurzu, a powietrze jej jest przesycone cząstkami soli od rozbijających się u jej podnóża fal morskich. Abacya podnosi się z roku na rok widocznie; widać tu wszędzie dbałość o wygodę przybywających gości. Polaków tu mnóstwo, na ulicach słyszy się bardzo często język polski, są pensyonaty, zamieszkiwane wyłącznie przez Polaków, a w wielu sklepach można się po polsku rozmówić. Lud tutejszy, to Kroaci, chociaż w poblizkiem miasteczku Lovranie słyszy się już prawie wyłącznie język włoski. Oczywiście i Niemców tutaj, jak wogóle wszędzie, nie brak. Do Abacyi dojeżdża się od Pesztu do stacyi Abacya-Montuglie, skąd tramwajem elektrycznym, mając śliczny widok na morze, na samo miejsce, albo do Rjeki, a stąd statkiem parowym w przeciągu $^1/_2$ godziny do Abacyi, co w razie spokojnego morza stanowi wielką rozmaitość w podróży.

Abacya ma dwa sezony. Pierwszy (październik, listopad, grudzień, a częściowo i marzec) jest wilgotno-ciepły. W tym czasie morze zwykle dość burzliwe, rozbija się o skały nadbrzeżne i rozpyla w powietrze cząstki soli. W tym czasie przebywanie na drodze nadbrzeżnej dla chorych na cierpienia dróg

oddechowych ma być według prof. Glaxa bardzo korzystne. Najlepiej czują się wtedy chorzy z trudnem wykrztuszaniem, skąpą wydzieliną a silnym kaszlem. Chorzy z obfitą wydzieliną dróg oddechowych czują się lepiej w sezonie drugim, który jest suchy, ale i wietrzny. Sezon drugi nadaje się również dla neurasteników, którzy w tym łagodnym klimacie czują się zazwyczaj dobrze, mogą cały dzień, nawet w zimie, przebywać na świeżem powietrzu, a nawet brać zabiegi wodolecznicze. Oba sezony mają być korzystne dla chorych na serce, tembardziej, że na miejscu są i środki leczenia fizycznego, jak ścieżki do leczeń terenowych, przyrządy Zandera, kąpiele z wody morskiej, przesyconej bezwodnikiem węglowym i t. d. Zimnica tutaj nie znana, co tłómaczy się zupełnym brakiem tak dokuczliwych w innych miejscowościach południowych moskitów. Woda morska tutejsza jest 4% solanką, zawiera więc znacznie więcej soli, aniżeli woda morza północnego. Ciepłota jej, zależnie od pory, dochodzi do 26·5° C, średnia zaś w miesiącach letnich wynosi 22° C. Działanie jej na układ nerwowy przy przedłużonych kąpielach jest uspokajające, przeciwnie więc, niż na morzu północnem. Kąpiele te zalecają tu przy zołzach, wszelkiego rodzaju niedokrwistościach, nerwicach ogólnych, a w końcu w chorobach narządu rodnego kobiecego. Co do urządzeń higienicznych, to i pod tym względem nie ustępuje Abacya innym uzdrowiskom. Posiada doskonałą wodę, sprowadzaną wodociągami z wysokiej góry, t. zw. Monte Maggiore, kanalizacyę, halę targową, fabrykę sztucznego lodu itd. Wogóle sprawia Abacya bardzo korzystne wrażenie.

Dalszym naszym przystankiem był Dubrownik (Raguza), gdzieśmy przybyli po niespokojnie spędzonej na morzu nocy. Miasto stare i nadzwyczaj oryginalne, przechowuje dotychczas swój obronny charakter średniowieczny. Otoczone wysokim kamiennym murem, po którym przechadzka należy chyba do największych przyjemności z powodu wspaniałego widoku na miasto i morze, miał Dubrownik, jako rzeczpospolita, czasy swego wspaniałego rozwoju. Statki jego handlowe zawijały do portów Egiptu i Syryi, Tunisu i Czarnego morza, a rzeczpospolita prowadziła handel z Bośnią, Bułgaryą, Grecyą, Neapolem, Sycylią, Hiszpanią. Odkrycie nowych dróg morskich sprowadziło upadek rzeczypospolitej. Dziś liczy Dubrownik zaledwie 10 tysięcy mieszkańców. Roślinność tu przebogata. Pinie, oliwki, aloesy, oleandry, migdały rosną dziko. W czasie, gdyśmy tu byli, t. j. prawie w połowie listopada, gdy u nas już zaczęły się mrozy, tu zielono i ciepło, a nawet widzieliśmy kwitnące oleandry. Na obok leżącej wyspie Lakromie (Locrum) roślinność tak bujna, że przypomina podzwrotnikową. Średnia roczna ciepłota wynosi w Spljecie 14° C, na wyspie Lesina 16·3, w Dubrowniku 17·1° C, gdy w Wenecyi tylko 13·5°, w Neapolu 16° C. Najwyższa ciepłota w lipcu 23·8—25·5° C, w styczniu 9·2° C.

Na 100.000 mieszkańców umiera w Dalmacyi z powodu gruźlicy 240, mniej o 16, niż w Tyrolu; na uwiąd starczy umiera rocznie 375 ludzi, prawie o 100 więcej, niż w Tyrolu. Prawdopodobnie ma tu wpływ stary zwyczaj palenia wszystkich rzeczy, pozostałych po gruźliczym, (nawet zwierciadła, w które patrzył, i ozbijają!) Bruki tu wszędzie kamienne, kurzu więc nie ma, miasto samo bardzo czyste, a chociaż ma wązkie, jak zresztą wszędzie na południu, uliczki, powietrza dużo i to dobrego. Wodę sprowadza Raguza ze źródła Ombla, które jest właściwie wywierzyskiem rzeki Trebinjicy, przepadłej gdzieś w Karście. Dziś Raguza zaczyna się coraz więcej rozwijać, coraz więcej przybywa tu chorych na zimowy pobyt, zbudowano wspaniale pod każdym względem urządzony hotel Imperial i jest nadzieja, że kiedyś utworzy się tu słowiańska Riviera, na co zresztą Dubrownik ze względu na swój klimat zupełnie zasługuje. 75% ludności to Chorwaci; mówią przeważnie po słowiańsku, (chociaż słyszy się również dość języka włoskiego i niemieckiego). Spotkaliśmy tu lekarza Polaka, Dra Marcelego Wędziłowicza, który tu już od kilkudziesięciu lat pracuje. Powitał on nas w imieniu kolegów z Raguzy i towarzyszył nam wszędzie, udzielając chętnych wyjaśnień.

Dr St Lewicki.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie lecznictwa ludności niezamożnej. Pod tym tytułem wydał dr Al. Zaleski rozprawkę (Płock, druk. K. Miecznikowskiego, 1908), w której rozpatruje organizacyę pomocy lekarskiej dla ludności niezamożnej w Królestwie polskiem. Po krótkim zarysie historycznym opisuje dr Z. organizacyę rządową, istniejącą od r. 1899 w gub. płockiej, która miała się zasadzać: 1) na utworzeniu lecznic po 10 łóżek dla chorych, wymagających opieki stałej, 2) na leczeniu ambulatoryjnem, po 2 razy na tydzień w miejscu zamieszkania lekarza i 2 razy w 2 punktach wyjazdowych, 3) na odwiedzaniu przez lekarza obłożnie chorych w domu. Do pomocy lekarzowi dodano felczera i felczerkę-położną, a cały plan wzorowano na organizacyi medycyny rosyjskich ziemstw, w jej pierwotnej formie, ze wszystkiemi jej wadami. Gubernię płocką podzielono zrazu na 8 obwodów lekarskich, a gdy to na ludność 600.000 nie wystarczało, wciągnięto do organizacyi »czasowo« 4 istniejące w gubernii szpitale, ze szkodą dla tych instytucyi, a krzywdą dla lekarzy szpitalnych. Lekarze bowiem szpitalni, zajęci przez 3 dni w tygodniu narzuconem im ambulatoryum, za co nie otrzymali żadnego wynagrodzenia, oczywiście mniej mogli zajmować się stałymi chorymi szpitalnymi. Utworzone nowe lecznice (8) po 10 łóżek okazały się istną parodyą szpitali; pomieszczone i urządzone najfatalniej, pozbawione lekarza przez 2 dni w tygodniu (ordynacya na punktach wyjazdowych), przeważnie odstraszały one chorych, tak że w niektórych lecznicach przebywało 5—30 chorych w ciągu całego roku. Również złe wyniki w praktyce dała organizacya porad ambulatoryjnych; na jednego lekarza przypadało średnio około 30 chorych na jedno przyjęcie, 6000 rocznie, wszelako w niektórych obwodach wypadało tylko 9 (resp. 1800), — w innych, przeciążonych, dochodziła liczba chorych aż do 110 (resp. 12000) i tam oczywiście nie mogli lekarze podołać zadaniu. Co do odwiedzania obłożnie chorych po domach, to wynagrodzenie lekarzy obwodowych w płockiem jest zbyt nizkie, aby i ten obowiązek mogli wypełnić, zaniedbując praktykę prywatną, z której właściwie żyją. Nie lepsze wyniki dała rządowa organizacya w zakresie pomocy położniczej, szczepienia ospy, nadzoru sanitarnego i t. p. — Streściwszy te (z góry w pismach i Towarzystwach naszych lek. przepowiadane) niepomyślne wyniki szablonowo narzuconej rządowej pomocy lekarskiej dla ubogiej ludności, podaje dr Z. plan, według którego, jego zdaniem, pomoc ta zorganizowana być powinna. Należałoby przedewszystkiem urządzić porządne szpitale we wszystkich miastach powiatowych (z 84 niema szpitali 29), przyczem nie warto zakładać zbyt małych szpitalików poniżej 15 łóżek; utrzymanie szpitali zapewnić przez odpowiednie podatki; płace lekarzy szpitalnych uregulować (obecnie otrzymują 200—400 rb. rocznie!); zorganizować pomoc ambulatoryjną w sposób właściwy przy szpitalach; wprowadzić pomoc położniczą, choćby przez kształcenie »babek«, zanimby można ustanowić położne gminne. *R.*

Kolejowe apteki na większych stacyach ma zamiar urządzić dyrekcya kolei państwowych w Wiedniu dla użytku członków kolejowych Kas chorych. W piśmie rozesłanem do lekarzy kolejowych zapytuje dyrekcya, które stacye uważają lekarze do tego za najodpowiedniejsze. Sprawa ta powinnaby jednak pozostać tylko projektem, gdyż z tej samej racyi zakładaćby mogły własne apteki wszelkie inne kasy chorych, co wobec projektowanej nowej ustawy mogłoby doprowadzić do ruiny stan aptekarski. *X.*

Okręt leczniczy ma zamiar zbudować Towarzystwo pomocy dla chorych piersiowych w Wiedniu. Okręt ten na 200 chorych krążyć będzie nad wybrzeżem, a w razie burzy zajeżdżać będzie do portów. Chodzi o wystawienie chorych przez cały czas na działanie łagodnego, wolnego od kurzu i dymu powietrza morskiego, na działanie słońca i klimatu morskiego. *X.*

Ochrona matek w Niemczech. W parlamencie niemieckim przejdzie prawdopodobnie wniosek komisyi przemysłowej, aby położnice wolno było przyjmować do pracy dopiero najwcześniej w 6 tygodni po porodzie i aby poród stawiano w kasach chorych na równi z chorobą, udzielając położnicom zasiłków pieniężnych obowiązkowo (co dotąd zostawiano kasom chorych do woli). *R.*

Wychowywanie i leczenie młodocianych chorych nerwowych i umysłowych omawiał na III międzynarodowym Zjeździe dla opieki nad chorymi umysłowo, Hess. Chorych takich podzielić można na 3 grupy: 1) nerwowi, neurastenicy, histerycy, 2) psychopaci, 3) moralnie upadli. W grupie pierwszej możliwe jest wyleczenie nawet w domu, podobnież w grupie drugiej po przejściu ostrego stanu (przebytego w zakładzie), natomiast chorzy z grupy trzeciej powinni być leczeni jedynie w odpowiednich zakładach. O tem, że uzyskać można przy tem bardzo dobre

wyniki, świadczy najlepiej statystyka zakładu wychowawczego Kahlbauma dla takich chorych w Görlitz. *X.*

Wyroki honorowe w Niemczech. Lekarski pruski honorowy trybunał uwolnił pewnego lekarza, skazanego w drodze honorowej za to, że będąc specyalistą, zajmował się prócz tego ogólną praktyką. W motywach podaje trybunał, że § 29 rządowej ustawy przemysłowej zezwala każdemu lekarzowi wykonywać praktykę we wszystkich gałęziach wiedzy lekarskiej. Natomiast zatwierdził trybunał wyrok, skazujący pewnego lekarza za sprzedanie praktyki, albowiem: wyrobiona praktyka opiera się na zaufaniu chorych do danego lekarza, a zaufania nie można ani przekazać, ani też sprzedać nikomu innemu. *X.*

Za oszpecenie przez rentgenizacyę skazano pewnego lekarza w Bawaryi we wszystkich 3 instancyach na znaczną karę. Leczenie, podjęte z powodu zarostu na wardze górnej, pozostawiło szpecące blizny; sądy uznały leczenie to za nieostrożne. *X.*

Międzynarodowy Zjazd dla spraw ubezpieczeń wyraził życzenie, by odpowiednie czynniki ogłaszały wszelkie spostrzegane »uszkodzenia zawodowe«, które wobec rozwoju przemysłu wydarzają się coraz częściej, a nie są lekarzom ogólnie znane. *X.*

Jak ostrożnie postępować należy z nowymi środkami, dowodzi sprawozdanie zakładu farmaceutycznego w Berlinie, przedłożone na Zjeździe niemieckiego Towarzystwa aptekarzy w Darmstadt. Otóż szczegółowe badania dowiodły, że znaczna liczba nowych środków nietylko nie ma wartości leczniczej, ale często rzeczywisty ich skład chemiczny nie odpowiada wcale idealnemu, podawanemu na etykiecie leku. Lekarz nie powinien też używać żadnych próbek nowych leków, przysyłanych mu z fabryki, dopóki się nie upewni na podstawie wiarogodnych publikacyi, że tak skład, jakoteż i działanie danego leku są polecenia godne. *X.*

Sprawa palenia zwłok w Niemczech ma gorących zwolenników, ale też i zaciętych przeciwników. Bawarskie ministeryum spraw wewnętrznych odrzuciło prośbę magistratu m. Monachium o zezwolenie na budowę krematoryum, uzasadniając między innemi odmowę i tem, że obecne ustawodawstwo karne zna tylko »zwłoki« osób, a nie ich popioły. W niektórych miastach istnieją już krematorya i bywają przyczyną ciągłych dziwnych zawikłań. Tak np. w Treptowie rodzina zmarłego pragnęła, by duchowny brał w pogrzebie udział. Po wielu zachodach wyższa władza duchowna zezwoliła na to pod warunkiem, że duchowny nie będzie odziany w szaty kościelne. Kapłan jednak mimo to ubrał się stosownie, za co też został pociągnięty do odpowiedzialności. W jednym przypadku zgonu na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych policya w Hamburgu zakazała przewozu zwłok do rodzinnego miasta. Wobec tego zwłoki spalono i przewieziono i znowu z duchownym było zajście tego samego rodzaju. W wielu znów przypadkach władza zakazywała umieszczania popiołów na cmentarzach, twierdząc, że cmentarze są właśnie dlatego, by zwłoki tam chować, a nie palić. Jednakże Najwyższy Trybunał w jednej z takich spraw wydał wyrok, dozwalający chować popioły na obecnych cmentarzach. Sprawa palenia zwłok wymaga przeto koniecznie rozwiązania oficyalnego, jak dotąd bowiem sprawia konflikty, niemiłe dla wszystkich. *K. A.*

Lekarz w szkole. Radca sanitarny z Berlina, Dr P. Meyer, ogłasza następujące szczegóły, tyczące się opieki lekarskiej nad dziećmi w szkołach. W roku 1906/7 wynosiła liczba lekarzy szkolnych 44; liczba uczniów w szkołach gminnych m. Berlina 227.750; na poszczególnych lekarzy przypadło od 3398 do 7175 dzieci, średnio 5176. Dzieci pierwszy raz wstępujących do szkół zbadano 45481 tak, że na każdego z lekarzy wypadło średnio 806 badań. 3100 dzieci uznano za niezdolne do uczęszczania do szkół publicznych, a 9169 nowo zapisanych wzięto pod stałą obserwacyę. W obserwacyi szkolno-lekarskiej było w r. 1904/5 24225 dzieci, w r. 1905/6 29622, w 1906/7 36375, t. j. wypadło 827 na jednego lekarza. Dzieci te okazywały następujące zboczenia: cierpienia oczu 7454, niedokrwistość 5129, cierpienia uszu 3453, cierpienia nosa i gardła 2557, schorzenia serca 2551, skrzywienia kręgosłupa 2380, zołzy 1751, choroby nerwowe 1487, gruźlica płuc 1386, zaburzenia mowy 1175, krzywica 1011, upośledzenie w rozwoju umysłowym 839, choroby skórne 615, gruźlica kości 359, wady rozwojowe 325, padaczka 279, niegruźlicze choroby płuc 218, choroby nerek 172 i inne choroby 671. *E. S.*

Gminne dozorczynie chorych wprowadzono w Saksonii z wielkiem powodzeniem i korzyścią dla chorych. Osoby, pragnące poświęcić się temu zadaniu, przechodzą odpowiednie 10-tygodniowe kursa. *X.*

Zwierzęta dotknięte wścieklizną (stwierdzoną) pokąsały w Niemczech w 1907 r. 274 osób. Z tego 94·9% poddało się leczeniu ochronnemu i z tych zmarło zaledwo 2, t. j. 0·52%. *X.*

W walce z zimnicą we Włoszech podjęte będą próby w nowy, ciekawy sposób. Mianowicie: wykryto, że niektóre ryby tępią i zjadają jaja i larwy owadów, przenoszących na ludzi zimnicę; odnosi się to zwłaszcza do rybek z gatunku *Girardinus poicilloides*, pochodzącego z wyspy Barbados. Rybki te są wielkości 1 cm i rozmnażają się bardzo szybko, tak, że nawet krajowcy nazywają je dlatego »milionami«. Być może, że hodowla tych rybek przyczyni się znacznie do zwalczania malaryi. Z naszych ryb pożerają jaja i larwy komarów także karpie i węgorze. *A. K.*

Badanie dentystyczne dziatwy szkolnej w Medyolanie stwierdziło, że na 50000 uczniów szkół początkowych tylko 3000 ma zdrowe uzębienie. Wobec tego zaprowadzone będzie peryodyczne badanie uzębienia dziatwy celem odpowiedniego wczesnego leczenia; o wynikach badania zawiadamiani będą rodzice i opiekunowie — niezamożni bezpłatnie, inni za małą opłatą. *X.*

Kiła u prostytutek. Schlasberg przeprowadził w tym kierunku rozległe statystyczne badania w Szwecyi i przekonał się, że zakażeniu przymiotem przed wpisaniem się na listę policyjną ulega 9·7% prostytutek, w czasie i wśród wpisywania się 32·5%, po wpisaniu 56·3%. Objawy drugorzędne występują raz u 20%, dwukrotnie u 30%, trzy razy u 20%, czterokrotnie i więcej u reszty. Liczba nawrotów nie wpływa wcale na ciężkość i szybkość występowania zmian trzeciorzędnych, podobnie i rodzaj leczenia w okresie drugorzędnym. Zmiany trzeciorzędne występują najczęściej w 6—7 lat po zakażeniu. (*Hygiea*, maj, 1908).

Ciekawe zestawienie podają pisma niemieckie. Rada miasta Drezna ogłosiła konkurs na posadę II. asystenta miejskiego lekarza obwodowego. Wymagano egzaminu fizykackiego, zrzeczenia się prywatnej praktyki i wszelkich bocznych zarobków przy płacy 3000 marek rocznie. Równocześnie zaś ogłosiła taż rada konkurs na posadę piwnicznego miejskiej winiarni w ratuszu z pensyą 5000—7000 marek rocznie! *X.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca października 1908	411,802	214,676
W listopadzie 1908	8,791	5,324
Razem .	420,593	220,000

Dr Żydłowicz, administrator.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 22. do 28. XI. 1908 urodziło się dzieci żywo 69, nieżywo 5; zmarło osób 62 (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 15 (5), zapalenia płuc 3 (1), błonicy 3 (2), płonicy 1 (—), odry 1 (—), duru brzusznego — (—). *S*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. do 28. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 6 † 2), krztuśca 3, płonicy 9 † 1 (2 † —), odry 41 † 1 (1 † —), duru brzusznego 5 † 1 (— † —). *Dr Sch.*

Cholera w Rosyi. Od 2. do 8. XI. b. r. zaszło w całej Rosyi według danych urzędowych nowych przypadków 500 († 250). Od początku epidemii do 1. XI. chorowało na cholerę w całej Rosyi 27,631 osób, zmarło 13045. *R.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 2. XII. b. r. posiedzenie, na którem Doc. Gliński przedstawił okazy rozlanego naczyniaka wątroby, mięsaka żołądka i zwężeń przełyku (po działaniu kwasu solnego), Prof. Rosner preparat ciąży bliźniaczej monochorialnej, dołączając uwagi o jej powstawaniu, a Dr Cetnarowski miał wykład: »O pęknięciu ma-

cicy w ciąży«. W dyskusyach przemawiali Prof. Godlewski, Prof. Rosner, Dr Owsiński i Dr Wojciechowski.

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galic. w dn. 27. XI. b. r. zajmowano się następującemi sprawami: 1) Na przedłożoną przez Towarzystwo Samopomocy lekarzy prośbę Dra W. o zaopiniowanie propozycyi zarządu Kasy chorych kupców w Wiedniu uchwalono odpowiedzieć, że propozycye te są za nizkie. 2) W sprawie kasy chorych w G., z powodu sprzecznych podań Dra W. i Dra M., postanowiono zażądać od nich wyjaśnień. 3) W sprawozdaniu z uchwał XIII Wiecu Izb stwierdzono omyłkę w punkcie 2., wobec czego Prezydent odniósł się o sprostowanie do Izby praskiej, jako zarządzającej. 4) Załatwiono szereg drobnych spraw.

— W Radzie miejskiej poruszono 26. XI. br. sprawę opóźniającego się mianowania lekarza naczelnego (fizyka) i chemika miejskiego, sprawę dokładniejszego nadzoru nad środkami spożywczymi, nadzoru lekarskiego przy odkażaniach, częstszego zwoływania komisyi sanitarnej, przyczem r. Prof. Dr Domański zaznaczył, że przewodniczącym tej komisyi powinien być lekarz.

— Schronisko ze szpitalikiem na 12 łóżek otwarło w dn. 29. XI. b. r. Stowarzyszenie służących im. św. Zyty. Kierownictwo lekarskie objął Dr Murczyński.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Maurycy Spira, rodem z Krakowa.

— Dr B. Geržabek uzyskał na uniwersytecie londyńskim stopień doktora medycyny oraz członka kollegiów (Member of the Royal College of Physicians of London, Member of the Royal College of Surgeons of England), pierwszy z lekarzy z Austryi.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego krakowskiego« zwraca za naszem pośrednictwem uwagę Kolegów, że wysyła kalendarz za pobraniem pocztowem tylko tym, którzy tego wyraźnie zażądali, i że przesyłka za pobraniem podnosi koszta pocztowe w porównaniu z przesyłką zwykłą o 55 hal.

Warszawa. Dnia 30. XI. b. r. odbyło się uroczyste otwarcie sanatoryum dla piersiowo chorych w Rudce pod Warszawą. Przy otwarciu, na które przybyło około 60 lekarzy i przedstawiciele prasy, przemawiał dr Teodor Dunin, kreśląc dzieje sprawy. Przed laty dziesięciu, w roku 1899, rzucił dr Dunin myśl założenia sanatoryum, która od razu żywo została przez ogół poparta. Stanisław ks. Lubomirski ofiarował 20 morgów gruntu pod budowę; Hipolit Wawelberg, pani Rau, panna A. Natansonówna złożyli po 10.000 rb., p. Scheiblerowa, bar. Kronenberg, Dr Dunin, po 5.000 rb., cały szereg osób po 3.000, 2.000 i 1.000 rubli, Rada kolei wiedeńskiej 30.000 rubli z prawem do 10 łóżek dla swych urzędników za opłatą 1·50 rb. dziennie, Towarzystwo kopalń węgli 10.000 rb. z prawem do jednego łóżka i t. d. Banki ofiarowały pożyczki na bardzo dogodnych warunkach, wielu z fabrykantów i rzemieślników oddało swe wyroby po cenie kosztów własnych, a nawet ofiarowało bezpłatnie swą pracę. Dzięki tej powszechnej ofiarności stoi dziś gotowa do użytku połowa sanatoryum, mogąca pomieścić 60 chorych. Gmach stanął według planów pp. Franciszka Lilpopa i Karola Jankowskiego; urządzony jest skromnie, ale nowocześnie; wszystko wykonały firmy krajowe. Koszt ogólny wynosi 240.000 rb. Opłaty, wynoszące przeważnie po 1·50 rb. dziennie, są bardzo nizkie w porównaniu z sanatoryami zagranicznemi; ale ponieważ i te opłaty mogą być dla niejednego z chorych niedostępne, przeto dla dopomożenia takim chorym utworzył dr Alfred Sokołowski fundacyę w kwocie 10.000 rb. Szlachetna ta ofiara, ogłoszona przy otwarciu sanatoryum, jest w tym kierunku pierwszym krokiem, który niewątpliwie podziała jako zachęta do dalszych podobnych fundacyi. Po otwarciu przemawiali prof. Kosiński, dr Hewelke, dr Polak, dr J. Jaworski, dr J. Tchórznicki, podnosząc zasługi dra Dunina i zmarłej jego małżonki, ś. p. Zeneidy Duninowej, jako twórców sanatoryum. — W dniu otwarcia znajdowało się już w sanatoryum 26 chorych. Kierownictwo zakładu objął dr Stanisław Gałecki.

— W Łodzi odbyło się 25. XI. b. r. uroczyste otwarcie pawilonu ortopedycznego w szpitalu Anny-Maryi dla dzieci.

— Miasteczko Lutomiersk pod Łodzią ofiaruje 600 rb. zasiłku lekarzowi, któryby się tam osiedlił.

Z różnych stron. W Niemczech coraz liczniej odzywają się żądania, aby na Zjazdach lekarskich zaniechano uroczystości i kosztownych przyjęć, do czego pierwszy krok zrobiło niemieckie Towarzystwo higieniczne (Ges. f. öffentliche Gesundheitspflege), uchwalając nie godzić się na żadne przyjęcia przez zarządy miast, w których odbywać się będą Zjazdy. Dr Mamlock (Deuts. med. Wochs. 48) oblicza, że samo miasto Berlin wydało w ciągu 25 lat ostatnich na przyjęcie różnych Zjazdów lekarskich i higienicznych 178.188 Mk.; gdyby się pod tym względem zwyczaje nie zmieniły, to nieprodukcyjne te wydatki jeszcze wzrosną wraz z mnożeniem się rozmaitych Zjazdów, których liczba w ciągu lat 25 wzrosła z 7 (1883) na 41 (1907).

— Ostatni budżet państwa niemieckiego przeznacza na renty, płacone z tytułu powszechnego ubezpieczenia robotnikom do pracy niezdolnym 51,310.000 Mk.; dalej przeznacza on np. na zwalczanie duru 200,000 Mk., na zwalczanie gruźlicy 120,000 Mk., na zwalczanie śmiertelności niemowląt 40,000 Mk., na badanie kiły 30.000 Mk. i t. d.

— Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach jest we Wrocławiu znakomicie zorganizowana. Przy 5 posterunkach straży ogniowej znajduje się tyleż stacyi pogotowia, zaopatrzonych w automobile. Znaki na latarniach ulicznych wskazują drogę do najbliższej stacyi ratunkowej. Lekarzy wzywa się w razie potrzeby zaraz telefonem, na stacyi w pogotowiu są zawsze sanitaryusze. Oprócz tego istnieje jeszcze stacya ratunkowa Czerwonego Krzyża, gdzie służbę pełnią lekarze i 38 ochotniczych stacyi meldunkowych, które wysyłają oddziały pod kierunkiem lekarzy w razie większych zebrań, jak wystaw, wyścigów, manifestacyi politycznych i t. p. W oddziałach tych pełnią służbę pod kierunkiem lekarzy obywatele miasta, odpowiednio wyuczeni. Pomocy udziela się w przeszło 12,000 przypadkach rocznie. *N.*

— Niemieckie Stowarzyszenie aptekarzy na Zjeździe w Darmstadt oświadczyło się za lepszem wykształceniem farmaceutów w chemii organicznej i fizyologicznej, jakoteż w bakteryologii. Pożądanemby było, by w przyszłości apteki były zarazem posterunkiem, gdzieby mogły być wykonywane także badania chemiczne i bakteryologiczne przez lekarzy i aptekarzy. *N.*

— »Medycyna i Kronika lek.« (48) podaje według »London Statistics« z r. 1907/8 ciekawe dane o stolicy Anglii. T. zw. Mały Londyn (County of London) zajmuje 74.816 akrów i ma 4.795.789 mieszkańców: cały Londyn (Greater London) liczy 7.323.236 ludności. W Małym Londynie przypada na akr 60 osób i 8 domów; ma on 611.786 domów, 2134 mil ang. ulic, 9026 akrów, parków, placów i ogrodów. W r. 1907/8 zawarto w Małym Londynie 40435 małżeństw (tylko 1712 analfabetów); dzieci urodziło się 126.392 (14 co godzinę), zmarło osób 73.990 (8 co godzinę). Śmiertelność waha się w różnych dzielnicach od 9·46‰ (Hornsey) do 21·03‰ (Finsburg). Mieszkańcy Londynu spożywają rocznie 820.000 tonn (16,400,000 funtów ang.) mięsa, 80.000 galonów mleka, 82 miliardy galonów wody, która rocznie kosztuje 18 milionów rubli.

— W angielskiej Izbie gmin uchwalono prawo o ochronie dzieci, zakazujące młodzieży do lat 16 palić tytoniu w miejscach publicznych i sprzedawać jej tytoń i napoje wyskokowe. Za występek przeciw bezpieczeństwu życia uznane zostało w tej ustawie palenie ognia na kominku w obecności dzieci bez należytego zabezpieczenia, branie dzieci niżej lat 3 do łóżka przez pijane osoby dorosłe (w Londynie ginie bowiem rocznie około 1500 dzieci w ten sposób przez uduszenie) i t. p.

— Zjazd lekarski im. Pirogowa odbędzie się w Petersburgu w grudniu 1909; równocześnie odbędzie się III. Zjazd psychiatrów rosyjskich.

— Fryderyk Jones zbadał 6000 kośćców z grobów egipskich z okresu 4000 lat przed Chrystusem i znalazł 200 złamań kości. Pomimo, że wtedy medycyna była jeszcze w zawiązku, złamania były wogóle bardzo dobrze składane i wygajane, a skrócenia wynoszą zaledwo kilka milimetrów. Zniekształtnienia widać jedynie na zgojonych złamaniach obojczyków. Rodzaj złamań był o tyle inny, że bardzo rzadko wydarzały się złamania poniżej kolana, może z tego powodu, że Egipcyanie chodzili boso i nie znali schodów, ani kamiennych chodników. Bardzo często natomiast zdarzały się złamania obojczyka i kości łokciowej (te ostatnie pochodzą od uderzeń tak zw. naboot, t. j. kijem do obrony). Złamania leczono w szynach, bardzo dobrze i mądrze sporządzanych, które także w grobach znaleziono (Brit. M. J. 22/8). *A.*

Mianowani: Otyatra prof. Kümmel profesorem laryngologii w Heidelbergu (na miejsce prof. Jurasza), pedyatra doc. Švehla na czeskim uniw. w Pradze profesorem nadzw. tyt.

Odznaczeni w dniu 60-letniego jubileuszu rządów cesarskich: orderem żelaznej korony III klasy: poseł do Rady państwa i burmistrz m. Jarosławia Dr A. Dietzius, dyrektor szpitala im. Rudolfa w Wiedniu Dr Eug. Hofmokl, poseł na Sejm i burmistrz m. Rzeszowa Dr St. Jabłoński, Prof. Dr Ant. Mars

we Lwowie; krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa: dyrektor szpitala w Stanisławowie dr St. Krasowski, st. lekarze powiatowi: dr F. Obtułowicz we Lwowie i dr A. Wurst w Kałuszu; orderem Elżbiety II klasy: dr Bronisława Dłuska w Zakopanem; tytułem radców cesarskich: dr K. Berezowski, A. Burzyński, J. Gostyński, J. Mahl, H. Mehrer, J. Sochański, M. Sołtysik we Lwowie, J. Blumenthal w Bolechowie, M. Buzdygan, M. Nartowski w Krakowie, O. Heczko w Karwinie, W. Macudziński w Jaśle, T. Piotrowski w Zegiestowie, A. Żukowski w Stanisławowie; złotym krzyżem zasługi z koroną: dr B. Bogdański w Delatynie, B. Eitelberg w Tarnopolu, M. Kramarzyński w Przemyślu, S. Ożarowski w Uhnowie, K. Rudnicki w Szczucinie, J. Walczyński w Tarnowie.

Zmarli: Psychiatra prof. Joffroy w Paryżu; patolog prof. Brigidi w Genui;

Dr Józef Sikora, lekarz miejski w Jabłonkowie na Śląsku.

Zapiski bibliograficzne. — Sabl: **Kalender für beamtete und praktische Ärzte f. d. J. 1909.** Wiedeń (J. Safar). Cena 3 K. — Rozpadanie się medycyny na »specyalności« polega nietylko na tem, że właściwą sztukę leczenia dzieli się na coraz nowe gałęzie, ale i na wyodrębnianiu się różnych zakresów działania lekarza w społeczeństwie. Obowiązki i zadania lekarza urzędowego znacznie się różnią od zadań i czynności lekarza-praktyka; to też Dr Sabl, sam lekarz miejski w Gr. Seelowitz, odczuwając tę różnicę codziennych potrzeb lekarzy urzędowych, podjął w r. z. próbę ułożenia dla nich osobnego kalendarzyka. Zebrał w nim najważniejsze ustawy i rozporządzenia, dotyczące lekarzy, podał uwagi praktyczne dla lekarzy sądowych; podręcznik leczniczy ograniczył do chorób oczu, uszu, zastosowania nowych środków; prócz tego podał spis zdrojowisk austryackich i zwykłe zestawienia tabelaryczne (dawki maksymalne, ząbkowanie i t. p.), a w części informacyjnej spis profesorów i docentów wiedeńskich. W roczniku obecnym, drugim z rzędu, przybyły rozdziały: o nowoczesnem zwalczaniu epidemii (Dr Winter), zastosowanie i dawkowanie leków, objętych VIII. lekospisem austr. (Prof. Nevinny), wskazania rentgenologiczne (Dr Kodon). *Z.*

Bibliotèque de psychologie expérimentale et de metapsychie. Directeur: Raymond Meunier. Paris, 1908, (Bloud & Cie). 1) N. Vaschide: **Les hallucinations télépathiques.** 2) M. Viollet: **Le spiritisme dans ses rapports avec la folie.** 3) A. Marie: **L' audition morbide.** 4) Lubomirska: **Les prejugés sur la folie.** 5) N. Vaschide et R. Meunier: **La pathologie de l'attention.** 6) H. Laures: **Les synesthésies.**

Wydawnictwo, rozpoczęte pod kierunkiem R. Meuniera, przeznaczone jest zarówno dla lekarzy i słuchaczy medycyny, jak i dla wychowawców oraz wykształconej publiczności, a ma na celu w szeregu dostępnie opracowanych monografii przedstawić nowsze zdobycze psychologii doświadczalnej, zwłaszcza w zakresie, stykającym się z psychopatologią. Trojakiego rodzaju dziełka złożą się na »Bibliotekę psychologii doświadczalnej«; jedne utworzą seryę niejako historyczną, rzucającą światło na źródła, z których rozwinęła się dzisiejsza doświadczalna psychologia, na starożytne nauki, które były jej początkiem (okultyzm, magia, spirytyzm, teozofia), a których przeżytki do dziś dnia pokutują w wielu umysłach oświeconych zresztą ludzi, wprawiając nieraz w życiu potocznem w kłopot lekarza, który nie wie, jakie ma zająć stanowisko wobec nieznanej sobie »metapsychii«. Druga serya rozpraw poświęcona będzie zasadniczym zagadnieniom psychologicznym z tego punktu widzenia, jak je traktują nauki filozoficzne; trzecią grupę stanowić mają monografie szczegółowe, dotyczące różnych zagadnień z zakresu psychologii normalnej, patologicznej, etnologicznej i porównawczej.

Z wydanych dotąd 6 tomików (średnio zawierających po 6 do 8 arkuszy druku), pierwszy, skreślony żywem piórem przedwcześnie zgasłego Dra Vaschide, dyrektora pracowni psychopatologicznej w Sorbonie, zajmuje się zagadnieniem t. zw. »omamów telepatycznych«, t. j. mających polegać na »przesyłaniu« myśli i uczuć jednego umysłu drugiemu bez pośrednictwa narządów zmysłowych, na znaczną nieraz odległość. Należą tu nietylko istotne omamy (zwidywania, głosy i t. d.), ale także przeczucia, sny prorocze (o śmierci osób ukochanych i t. p.). Vaschide stwierdził własnemi badaniami, obejmującemi 1011 spostrzeżeń u 32 osób, różnego wieku, płci, wykształcenia i różnej narodowości (Rumunów i Francuzów), jednak wogóle należących do t. zw. »nerwowych«, że omamy, złudzenia i urojenia treści »telepatycznej« rzeczywiście istnieją, że jednakże treść ta jest prawdziwą, t. j. odpowiada rzeczywistemu zdarzeniu (n. p. śmierci lub nieszczęściu osoby oddalonej) zaledwo w 2·25%, co odpowiada czysto przypadkowemu zbiegowi okoliczności. Co więcej, w każdym ze zbadanych uważnie przypadków o treści prawdziwej, zdołał autor bez trudności stwierdzić, że pojawienie się omamu lub złudzenia »telepatycznego« tłómaczyło się jasno, jako wynik naturalnego procesu psychicznego, odbywającego się u danego osobnika oddawna pod progiem świadomości i stanowiło logiczny wynik dawniej świadomie odebranych wrażeń. — W tomie drugim rozpatruje Dr Viollet, lekarz zakładów psychiatrycznych paryskich, wzajemny wpływ spirytyzmu i obłąkania, udowadniając, że z jednej strony praktyki spirytystyczne wywierają wpływ fatalny na osoby, usposobione do choroby umysłowej lub znajdujące się w jej początkach, wyzwalając lub przyspieszając jej wybuch, z drugiej zaś, że wśród t. zw. »medyów« znajduje się wiele osób umysłowo nieprawidłowych, albo wyraźnie chorych, których stan umysłowy wywierać może na prozelitów spirytyzmu działanie bardzo niekorzystne. — Dr A. Marie, lekarz naczelny zakładu obłąkanych w Villejuif, zajmuje się w tomie trzecim sprawą patologii słyszenia, Vaschide i Meunier w tomie piątym patologią uwagi. Dopełnia seryę pierwszą rozprawka ks. Lubomirskiej z przedmową J. Voisina, oraz książka H. Lauresa o syestezyach. Dalsze tomy »Biblioteki psychologii doświadczalnej«, opracowane, prócz już wymienionych, przez prof. Bajenowa z Moskwy, Dr Ziema, A. Oresco, Dr J. Voisina (Salpetrière) i t. p. objąć mają m. i. następujące zagadnienia: sny chorobowe, zjawiska psychiczne pod wpływem haszyszu, psychologię strachu, radości, psychologię dzieci umysłowo nieprawidłowych, zarys psychologii etnologicznej, psychologię narodów uciskających i uciskanych i t. d. Zarówno to, co się dotychczas w »Bibliotece« ukazało, jak i tytuły wyjść mających tomów, zalecają »Bibliotekę«, jako lekturę i ciekawą i pouczającą także dla lekarzy. *Z.*

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w listopadzie 1908:

Gazeta lekarska Nr 43: Erbrich: O operacyach podśluzowego usuwania skrzywionej przegrody nosa (dok.). Gajkiewicz (c. d.). Sawicki (dok.). — Nr 44. Wretowski: Dwa nowe sposoby aglutynacyi. Gajkiewicz (c. d.). Dębiński (c. d.). — Nr 45: Borzymowski: Osiem przypadków zranienia wątroby. Gajkiewicz (c. d.). Dębiński (dok.). Erbrich (c. d.). — Nr 46: Czernecki: Hemoglobinurya a hemoliza. Wretowski (dok.). Erbrich (dok.). Gajkiewicz (c. d.). Borzymowski (c. d.). — Nr 47: Gajkiewicz (c. d.). Borzymowski, Czernecki (dok.).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 44: Landau A.: Przemiana ciał purynowych w ustroju ludzkim oraz wpływ na nią alkoholu. Rontaler: Przyczynek do działania leczniczego tracheobronchoskopu z krótkim wstępem o technice bronchoskopii. — Nr 45: Prof. W. Jaworski: Przyczynek do działania promieni radu na bakterye. Swiątecki: Trzy przypadki wycięcia śledziony. Rosenthal: Przyczynek do stosowania cięcia nadłonowego poprzecznego powięziowego Pfannenstiela przy cięciach brzusznych. — Nr 46: Julian Majkowski (życiorys). Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią naftolu β. — Nr 47: Jakowski: Upusty krwi i wlewania fizyologicznego roztworu soli kuchennej w tężcu. Handelsman: O zwyrodnieniach wtórnych w rdzeniu przy ucisku na ogon koński. — Nr 48. Handelsman (dok). Jakowski (dok.).

Tygodnik lekarski Nr 44: K. Orzechowski (c. d.). W. Pisek (c. d.). — Nr 45: Bocheński: Znaczenie badania krwi w przypadkach zakażenia gnilnego z uwzględnieniem neutrofilnego obrazu i bakteryologicznego badania krwi. Orzechowski (c. d.). — Nr 46: Bocheński (c. d.). Orzechowski (dok.). — Nr 47: Węgrzynowski: Dwa przypadki endocarditis gonococcica. Bocheński (c. d.). — Nr 48: Węgrzynowski (dok.). Bocheński (dok.).

Nowiny lekarskie Nr 11: Nowicki: Przyczynek do kazuistyki wrodzonego braku części jelita grubego. Szumowski: Spór o amerykańskie pochodzenie kiły. Klęsk: Zniezczulenie rdzeniowe. Dembiński: O zachowawczem leczeniu przewlekłych zapaleń ucha środkowego. Bugiel: Nasz najznakomitszy lekarz odrodzenia, Józef Struś.

Czasopismo lekarskie Nr 10. Biegański: Co i jak lekarz czytać powinien. Raszkes: W sprawie rozszerzenia szyi macicznej zapomocą wałeczków blaszkownicy. Helman (c. d.).

Postęp okulistyczny Nr 10: Noiszewski: Bezład wzrokowy. Rumszewicz: Przypadek torbiela w okolicy fałdu przejściowego powieki dolnej. Rosenhauch: Kilak siatkówki wyleczony mergalem.

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 7 i 8: Chybczyński: O stosowaniu w celach rozpoznawczych wcierań maści z tuberkuliną. Malinowski: Badania anatomo-patologiczne tworów przymiotu w skórze i błonach śluzowych.

Kronika dentystyczna Nr 11: Krakowski. Cierpienia gruczołów chłonnych u dzieci w zależności od spróchniałych zębów.

Przegląd higieniczny Nr 11: Hojnacki. Choroby a małżeństwo. Gąsiorowski: Bakteryologiczne badania powietrza w niektórych szkołach miejskich we Lwowie.

Głos lekarzy Nr 21: W sprawie wypłacania kosztów za osobne podwody, których znawcy lekarze dostarczyli. — W sprawie ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych. — Zasacki: Uwagi o projekcie ustawy emerytalnej dla galic. lekarzy okręgowych. Markl: O projekcie nowej taryfy za czynności sądowo-lekarskie. — Nr 22: Mikołajski: Po sesyi Sejmu. Sprawozdanie komisyi o sprawozdaniu Dep. V. Wydziału krajowego. Millican: W sprawie tajemnicy lekarskiej. Połochajło: W sprawie taryfy sądowo-lekarskiej. Opinia wiedeńskiej Izby lek. w sprawie reformy ubezpieczenia robotniczego (c. d.). Klęsk: W sprawie specyalistów. Gilnreiner: Organizacya lekarzy okręgowych. Zasacki: Echa Zjazdu lekarzy okręgowych.

Redaktor odpowiedzialny.
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Liquores ferro-mangani peptonati i sacharati, sporządzane przez fabr. chem. Helfenberg także w postaci niezawierającej wyskoku, stosował dyrektor zakładu dla umysłowo chorych w Carlsfeld u niedokrwistych i bledniczych, stanowiących w zakładzie duży odsetek. Podawano ten środek także przy wrzodach żołądka, w chorobie Basedowa i o dobrych wynikach w tych cierpieniach świadczy powiększenie się liczby ciałek krwi, barwika krwi i poprawa stanu ogólnego, o czem Jung (Ther. Monatsh. Nr 11. 1902), opierając się o historye chorób, obszernie donosi. *S. W.*